

Environnement de la femme enceinte : impact sur la santé de l'enfant et son devenir

Sommaire

Introduction Professeur Benoît VALLET Directeur Général de la Santé	2
La santé et ses enjeux économiques : construire notre société avec une vision responsable et long terme Nicolas BOUZOU Economiste	6
Les vulnérabilités de la femme enceinte : une combinaison de facteurs complexes Table ronde animée par Fabrice PAPILLON, journaliste scientifique	8
L'environnement de la femme enceinte : focus sur les pays du Sud Table ronde animée par Fabrice PAPILLON, journaliste scientifique	28
Santé de la mère, santé de l'enfant : l'altération des fonctions du placenta Sophie GIL Professeur à la faculté de pharmacie Paris Descartes	45
La santé de l'enfant et ses conséquences humaines, médicales et économiques Table ronde animée par Fabrice PAPILLON, journaliste scientifique	53
Prévention, conseil de proximité, comment rompre le cercle vicieux des inégalités de santé ? Table ronde animée par Fabrice PAPILLON, journaliste scientifique	66
Le regard du grand témoin Docteur Aldo NAOURI	77
Clôture Docteur Robert DAHAN Président de la fondation de coopération scientifique PremUp	80

Introduction

Professeur Benoît VALLET

Directeur général de la santé

Fabrice PAPILLON

Bonjour. Merci d'être là, pour une journée entière consacrée aux septièmes Assises PremUp : « *Environnement de la femme enceinte, impact sur la santé de l'enfant et son devenir* », une journée importante avec, vous l'avez vu dans le programme depuis que vous êtes inscrits j'imagine, plusieurs tables rondes, des interventions ex cathedra, une grande richesse dans les participations, les thématiques. Des questions délicates, compliquées quoi qu'il en soit. Nous sommes extrêmement heureux, avec la fondation PremUp, de vous accueillir pour cette journée. Nous avons conscience que vous êtes tous des professionnels de près ou de loin liés à l'environnement de la question. Les heures comptent et nous sommes touchés que vous ayez pu vous libérer pour être là, pour ces septièmes Assises qui s'inscrivent dans un processus très dynamique.

Tout d'abord (ce qui a permis d'ailleurs, vous l'avez peut-être vu, d'obtenir pas mal de presse ces derniers jours), un sondage a été réalisé par OpinionWay auprès de 1 010 femmes de 18 ans et plus sur le contexte de la grossesse et sur les risques finalement liés à la grossesse. Un sondage assez intéressant puisqu'il montre que les femmes interrogées sont très conscientes des risques liés aux conditions de prévention en termes médicaux, par exemple le tabac ou l'alcool, même la drogue, éventuellement à certains risques liés bien évidemment à des infections très graves dont on parle beaucoup comme le VIH. En revanche, sur tout ce qui est facteurs socio-économiques, la précarité, le revenu, l'âge éventuellement, tous ces facteurs de risques qui peuvent impacter une grossesse sereine ne sont pas mesurés, ne sont pas pris en compte et c'est notamment (mais pas seulement) ce type de question que nous allons aborder aujourd'hui.

Cette journée doit être très riche en échanges. Vous êtes là, vous avez fait le déplacement, beaucoup d'intervenants vont se succéder, nous comptons énormément sur vous pour prendre la parole. Il y a des micros, il y a des hôtesse qui vont vous les apporter illico dans chaque table ronde, après, pendant. Vous serez invités à prendre la parole, poser des questions bien sûr, même donner votre point de vue (vous êtes tous, encore une fois, impliqués dans ces thématiques), faire des réflexions et faire avancer le débat.

Le coup d'après, après cette journée, c'est le lancement de la deuxième Semaine nationale pour la santé de la femme enceinte et du nouveau-né, à partir du lundi 24 novembre avec des dépliants, des messages qui vont être diffusés dans les pharmacies, notamment dans le réseau CESPARM et dans les PMI. Il y a beaucoup de représentants des PMI ici, qui vont venir discuter et débattre avec vous dans un instant. Ces messages sont importants. « *Une grossesse sereine est une grossesse bien préparée* » est le slogan qui va traverser non seulement cette journée mais la semaine de prévention dont je viens de parler.

Vous allez maintenant entrer dans le vif du débat. Nous allons commencer par des introductions. Ensuite, nous aurons la première table ronde, une pause, puis une seconde table ronde qui seront toutes deux coordonnées par Elie Azria qui me rejoindra sur scène tout à l'heure.

Pour commencer et pour entrer dans le vif du sujet, nous allons accueillir le Professeur Benoît Vallet qui est le Directeur général de la santé. Il nous accueille, il est chez lui, il nous fait l'honneur de nous accueillir – forcément, son bureau est juste à côté –, je ne sais pas s'il est déjà là ou pas. Je me renseigne. Nous ne pouvons pas être plus



synchronisés. Le Professeur Benoît Vallet, Directeur général de la santé qui nous accueille ici au ministère, qui va faire quelques mots d'introduction.

Professeur Benoît VALLET

Merci beaucoup, bonjour à tous. Bienvenue au ministère de la Santé. Je vous accueille au nom de Madame Touraine, notre Ministre, et j'ai le plaisir de vous donner quelques éléments de vue personnels sur cette réunion de PremUp, ce colloque. Je salue le Président de la fondation, Monsieur Robert Dahan, ainsi que la Directrice, Madame Danièle Evain-Brion. Je salue également tous ceux d'entre vous qui sont présents, et je pense avec une représentation très pluriprofessionnelle.

C'est un sujet qui me touche tout particulièrement pour deux raisons principales. La première raison est un peu historique pour moi et la deuxième est que dans la stratégie nationale de santé, ce sujet nous paraît tout à fait crucial. C'est celui de l'intrication qu'il y a entre la grossesse, l'évolution de la prise en charge de la conception, et bien sûr la santé de l'enfant. Le lien qu'il y a entre les deux est quelque chose d'extrêmement précieux et sur lequel la stratégie nationale de santé entend bien donner des éléments favorisant.

Vous le savez également : le gouvernement est attentif aux interférences qu'il peut y avoir entre des éléments qui pourraient être des perturbateurs endocriniens (c'est l'ensemble du gouvernement puisque plusieurs ministères sont sur ce sujet) et l'évolution au cours de l'âge adulte.

Quand j'étais, dans ma vie précédente à celle de Directeur général de la santé, au CHU de Lille en tant que Président de CME, j'avais été très sensibilisé par les équipes d'obstétrique et de néonatalogie, en particulier le Professeur Laurent Storme, sur le concept de DOHAD. Je pense que pour vous, ce sont des affaires courantes. A l'époque, cela m'avait plutôt intrigué. Ce que l'on appelle la notion de DOHAD est le *developmental origins of health and disease* en anglais, concept international. C'est le lien qu'il y a entre des événements survenant pendant les périodes de conception et ceux qui se déroulent ensuite à l'âge adulte, étant entendu que les éléments les plus évidents sont ceux du retard de croissance liés notamment à des défauts d'oxygénation et/ou d'alimentation au travers du placenta, et les maladies chroniques qui en découlent.

Cette évidence de lien entre cette conception au cours de l'âge fœtal et la pathologie qui survient très longtemps après est évidemment un concept extrêmement fort. Je pense que ceux qui sont dans cette salle sont tout à fait conscients de l'existence de cela, des travaux qu'il est important de continuer de porter, et évidemment des adaptations qui doivent se faire dans les organisations. En fait, au sein du CHU de Lille à l'époque (cela remonte à presque deux ans), l'hypothèse de travail avait été d'organiser l'ensemble de l'hôpital Jeanne-de-Flandre, qui est un hôpital mère enfant, autour de cette protection : celle de l'accompagnement de l'enfant pendant sa conception, au moment de sa naissance et notamment, avec le moment de la naissance, toute la partie qui concerne la douleur lors de l'accouchement, bien sûr la douleur pendant la gestation, les émotions ou les aspects de confort et de bien-être, plus bien évidemment tous les autres, l'alcoologie (vous savez que dans cet établissement, ils étaient très porteurs sur l'alcoologie fœtale ou l'alcoolisme fœtal, donc les conséquences que cela a aussi sur l'avenir de l'enfant et de l'adulte), le tabagisme, les éléments infectieux. Nombreux sont les sujets qui interfèrent avec ce développement. L'idée était de développer un hôpital entier consacré au sujet. Un très beau sujet. Ayant quitté ensuite le CHU de Lille, je ne peux pas préjuger de ce que deviendra ce projet qui est un projet très fort, dont ils voulaient faire une orientation de type institutionnel, département hospitalo-universitaire ou institut hospitalo-universitaire.

J'avais été très sensibilisé par ce sujet. Vous retrouver ce matin me convient vraiment très bien pour ce type de conception. La périnatalité, au regard de ce que je viens de donner comme éléments d'introduction, est bien un enjeu de santé publique. Evidemment, il ne suffit pas de le dire. Après, il faut mobiliser les acteurs. C'était l'idée de cette prise en charge d'établissement entier, un établissement où il y a 6 000 accouchements par an – volume important d'interférences possibles. Il s'agissait donc de mobiliser aussi bien les



médecins, les sages-femmes, tous ceux qui à un moment donné peuvent délivrer les bons messages lors de la prise en charge, lors de l'évolution et lors de l'idée qu'une conception va se mettre en route également.

Cette période est extrêmement favorable puisque les femmes, à ce moment-là, vont être particulièrement sensibilisées aux messages de prévention et d'éducation pour la santé, pour elles-mêmes d'abord et ensuite pour leurs enfants évidemment. C'est le moment de renforcer tout ce que nous pouvons faire autour de cette conception. Des messages du type « *mieux naître pour mieux vivre* » sont des messages tout à fait intéressants. Nous pouvons penser qu'agir tôt est bien, puisque d'après une enquête autour de la périnatalité, il avait été estimé en 2010 que 80 % des femmes planifiaient leur grossesse, surtout dans un monde où tout se planifie. Les bons messages doivent pouvoir être véhiculés à ce moment-là.

Quels leviers ? Ne pas ignorer :

- le médecin traitant qui est certainement un acteur clé ;
- bien sûr le suivi gynécologique (dont la contraception et le moment où elle sera modifiée), ce suivi gynécologique pouvant être fait soit par le médecin traitant lui-même, soit par le gynécologue-obstétricien, soit par le gynécologue médical ;
- les consultations de gynécologie ;
- l'accompagnement par les sages-femmes ;
- et bien sûr, pendant la grossesse, l'ensemble des consultations prénatales, que ce soit au moment du début de la conception ou lors de la préparation à la naissance.

Il faut évidemment aussi, quand nous voyons la notion de globalisation d'établissements, sensibiliser tous les acteurs autour de la prise en charge, pas seulement des personnes de l'art, mais aussi des acteurs qui sont en proximité (les anesthésistes-réanimateurs par exemple), ou d'autres professionnels de santé. La stratégie nationale de santé, comme je l'évoquais, souhaite répondre à ces enjeux qui sont finalement des enjeux d'inégalité de santé, des inégalités éventuellement d'origine sociale d'ailleurs, et de déterminisme par rapport à ce qu'est la santé. C'est un des moteurs de la stratégie nationale de santé qui a été présentée puis transformée en projet de loi par notre Ministre, qui est de combattre les inégalités de santé et d'adapter le système de santé aux besoins des patients.

Nous voyons que dans le cadre qui nous occupe aujourd'hui, faire le choix de la prévention et agir tôt est un sujet tout à fait prégnant. Organiser les soins autour des patients et en garantir l'égal accès : là aussi, nous retrouvons les notions que vous défendez. Approfondir la démocratie en santé et miser sur la déconcentration est quelque chose de tout à fait essentiel en termes de représentation et d'attachement d'un certain nombre de personnes engagées dans ce combat qui est le vôtre ici ce matin, ce que nous retrouvons de manière générale dans la stratégie nationale de santé.

Ces trois objectifs principaux de la stratégie nationale de santé (prévention, organisation du soin et démocratie en santé) sont des sujets clés en ce qui vous concerne, me semble-t-il. Pratiquement, dans le champ périnatal, comment renforce-t-on les stratégies de prévention de la période préconceptionnelle à la période postnatale, aussi bien en métropole que dans les départements d'outre-mer (il y a un sujet outre-mer assez fort autour de la périnatalité) ? En s'intéressant :

- aux facteurs de risque liés au mode de vie ;
- au tabac (la Ministre a lancé le programme national de réduction du tabagisme) ;
- à l'alcool (des travaux qui sont actuellement en route avec la Mission interministérielle pour la lutte contre les dépendances et addictions, les conduites addictives) ;
- à l'alimentation qui n'est pas optimale et l'exercice insuffisant (c'est tout le travail qui s'est fait autour du plan nutrition santé et la traduction dans la loi a été le souhait



d'avoir un affichage de la qualité nutritionnelle des aliments et de renforcer les conduites actives) ;

- au travail sur les facteurs de risque infectieux et notamment le dépistage précoce (de nombreux éléments de la loi de santé travaillent autour de ce dépistage et de l'organisation des structures de dépistage également, notamment pour atteindre celles qui sont le moins à même de bénéficier de la prévention et du dépistage des risques infectieux) ;
- enfin, aux facteurs de risques liés à l'environnement (j'évoquais tout à l'heure la stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens ; le plan national santé environnement qui a été présenté par les deux Ministres récemment et qui va être repris et illustré au cours de la conférence environnementale qui aura lieu les 27 et 28 novembre, lie en principal mais pas seulement le ministère de l'Environnement et du Développement durable ainsi que le ministère de la Santé, des Affaires sociales du Droit des femmes).

Enfin, pour répondre à la problématique de l'accompagnement des soins, tout un travail se fait actuellement sur les inégalités sociales et géographiques de santé qui perdurent de manière tout à fait évidente dans certains de nos départements. J'évoquais tout à l'heure l'outre-mer : un gros travail a été mis en route sur les actions spécifiques outre-mer pour pouvoir répondre à ces sujets, tout à fait importants, pour rendre notre pays plus homogène dans les prises en charge des populations.

Voilà quelques mots que je voulais vous dire en introduction pour essayer de mettre en vis-à-vis une partie des préoccupations qui sont les vôtres (vous en avez de nombreuses), et ce qui est l'action du ministère de la Santé dans le cadre de la stratégie nationale de santé et sa transformation dans une loi qui sera présentée au Parlement au début de l'année 2015 avec, nous l'espérons, une loi qui sera promulguée dans le cours de l'été.

Merci beaucoup, très bons travaux à vous aujourd'hui et je reste parmi vous par l'esprit et par un certain nombre de personnes qui travaillent à la direction, qui m'ont aidé à préparer cette introduction et qui feront donc les comptes rendus et les éléments de retour sur vos travaux. Bonne journée à tous !

Fabrice PAPILLON

Merci à vous Professeur Vallet, Directeur général de la santé. Merci de votre accueil de ces mots d'introduction.



La santé et ses enjeux médicaux et économiques : construire notre société avec une vision responsable et long terme

Nicolas BOUZOU

Economiste

Fabrice PAPILLON

Je vous propose maintenant de passer au contenu socio-économique, notamment une approche économique, pour introduire des éléments de contexte sur la précarité ou les fragilités dans lesquelles les femmes enceintes peuvent se retrouver, avec l'économiste Nicolas Bouzou – vous le connaissez forcément. C'est un animal médiatique qui a ce talent extraordinaire de résumer des enjeux importants en peu de mots et avec beaucoup d'efficacité. Nicolas Bouzou s'excuse, il va vous le redire d'ailleurs, il n'a pas pu venir (un voyage imprévu ce matin) en chair et en os mais il nous laisse un témoignage vidéo filmé que je vous propose d'écouter tout de suite. Nicolas Bouzou, sur l'introduction économique.

Nicolas BOUZOU

Bonjour à tous. Je suis vraiment ravi d'être avec vous aujourd'hui. Malheureusement, je ne suis là que virtuellement car cette année je voyage beaucoup et j'ai parfois du mal à répondre aux invitations, notamment à celle de PremUp, mais je suis vraiment très heureux de vous parler de ce sujet. Je suis très intéressé par les questions de santé et par les questions de prévention. Vous savez, je suis un macroéconomiste, je ne suis pas au départ un spécialiste de la santé, mais je suis un macroéconomiste qui s'est beaucoup intéressé à ces questions de santé. Dans ce domaine, nous sommes face aujourd'hui à une révolution thérapeutique. Cette révolution thérapeutique demande de l'argent et c'est pour cela que la question de l'économie est si importante.

Révolution thérapeutique, je suis un peu modeste car je crois que cette révolution va au-delà. Nous avons une révolution à tous les étages : révolution dans la prévention, dans le dépistage, dans la chirurgie, dans les médicaments bien évidemment. Tout cela va nécessiter une grande réorganisation du système de soins. Cette affaire est très importante car c'est une affaire de croissance. En France, nous sommes un peu déprimés en ce moment, nous avons du mal à voir où sont les perspectives, et le secteur de la santé est un bon secteur pour cela. Nous voyons que nous avons plein de perspectives, plein de points forts, mais il faut sans doute se réorganiser un peu si nous voulons demain pouvoir financer toutes ces thérapies dont je parle : de l'hépatite C au vaccin contre le zona, en passant par les thérapies ciblées contre le cancer, il va falloir se réorganiser un peu, réorganiser l'offre de soins, réorganiser la prise en charge.

J'en arrive à notre sujet du jour : faire sans doute davantage de prévention. Un grand nombre de pathologies aujourd'hui, on peut les éviter en faisant de la prévention auprès des individus, mais aussi en faisant de la prévention auprès des femmes enceintes. C'est un sujet, pour être tout à fait honnête avec vous, que j'ai découvert en travaillant avec PremUp. Nous savons aujourd'hui qu'un certain nombre de pathologies prennent forme (oserai-je dire) avant l'accouchement. La femme enceinte fait partie, au fond, de cet écosystème de prévention sur lequel nous devons mettre l'accent. En France, nous ne sommes pas très bons en matière de prévention. Les montants alloués à la prévention



sont plutôt plus faibles que dans la moyenne des autres pays de l'OCDE et ce sujet n'est pas seulement un sujet de santé. Cela va devenir de plus en plus un sujet d'économie.

Je reviens à ce que je disais au début de mon intervention : si nous voulons financer cette révolution thérapeutique absolument extraordinaire, si nous voulons (c'est le débat, au fond), conserver un système de soins qui soit équitable (c'est notre contrat social depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale), il va falloir régler mieux les dépenses de santé car si nous les laissons faire d'elles-mêmes, elles vont exploser. Toutes ces thérapies dont je parle ont un coût élevé. Tout le monde veut avoir accès aux meilleures thérapies, donc il va falloir se responsabiliser. Se responsabiliser passe par la prévention.

Il y a des aspects de la prévention très connus. Le tabac est un aspect très connu. Nous pouvons aller très loin dans ce domaine en France. Je trouve par exemple très intéressante la proposition du gouvernement sur les paquets de cigarettes « no marque ». Je pense que c'est une excellente idée. Je pense qu'il faut soutenir le gouvernement dans cette démarche, mais il faut aller plus loin. La question de la prévention de la santé de la femme enceinte est tout à fait majeure. Elle concerne à la fois la femme enceinte, mais aussi le bébé.

Quand on fait naître un bébé qui a des pathologies ou qui est susceptible de développer des pathologies, cela a un coût pour le système de santé et cela a un coût qui va courir pendant des décennies. Cela, nous ne pouvons plus nous le permettre. Nous pouvions peut-être nous le permettre il y a trente ou quarante ans quand nous avons commencé à mettre en place le système de soins tel que nous le connaissons aujourd'hui (période de plein-emploi, d'inflation, où la population était jeune, où les traitements étaient très globaux et ne coûtaient pas très cher). Tout cela a changé. Nous sommes dans une situation de sous-emploi, nous n'avons pas d'inflation, notre population a considérablement vieilli et nous avons une rupture dans l'offre de soins.

Il faut donc tout réorganiser, je l'ai dit : la prise en charge, l'Assurance maladie qui se recentre sur ceux qui en ont besoin, le secteur privé qui va monter d'une façon ou d'une autre. Les complémentaires santé vont avoir un rôle de plus en plus important et elles auront aussi, sans doute, un rôle à jouer au niveau de la prévention. Nous commençons à le voir d'ailleurs, pas seulement en France. Nous commençons à le voir dans d'autres pays, je pense aux Pays-Bas en particulier. Ce ne sont pas des pays de sauvages.

Le secteur privé va avoir ce rôle très important à jouer. S'il finance une partie de plus en plus grande des soins, il faudra aussi qu'il soit en capacité de réguler la dépense, donc qu'il joue un rôle plus important dans la prévention. La prévention, si nous y réfléchissons, si nous poussons le sujet jusqu'au bout, commence par la femme enceinte. Voilà pourquoi je pense que ce débat est très important. Ce n'est pas seulement un sujet de santé : c'est un sujet d'économie. De plus en plus, ces questions-là deviennent des questions d'économie, et le débat de fond qui nous intéresse est : comment faire en sorte qu'en France nous puissions garder un système de soins à la fois performant et équitable ? Je vous souhaite de très bonnes Assises.

Fabrice PAPILLON

Voilà pour le message de Nicolas Bouzou, qu'il nous a livré il y a quelques jours. Il s'excuse encore de ne pas être là mais je crois que c'est une introduction sur les enjeux économiques, intéressante, macroéconomique. Nous allons resserrer sur les questions du moment et notamment la précarité.



Les vulnérabilités de la femme enceinte : une combinaison de facteurs complexes

Table ronde animée par Fabrice PAPILLON, journaliste scientifique

Intervenants :

Docteur Elie AZRIA, Chef de la maternité Bon Secours, hôpital Saint-Joseph, DHU risques et grossesse AP-HP

Edith LAUNAY, sage-femme cadre de PMI

Bruno MALEINE, pharmacien d'officine et Vice-Président du conseil régional de l'Ordre des pharmaciens d'Ile-de-France

Céline NOSSEREAU, responsable du service santé prévention de la Mutualité française Ile-de-France

Fabrice PAPILLON

Je vous propose d'attaquer immédiatement dans le vif du débat (encore une fois, vous serez invités à prendre la parole autant que vous le souhaitez), avec la première table ronde, « *Les vulnérabilités de la femme enceinte, une combinaison de facteurs complexes* ».

La coordination de cette table ronde et de la suivante : Elie Azria, Chef de la maternité Bon Secours à l'hôpital Saint-Joseph, également rattaché au DHU risque et grossesse à l'AP-HP. Je vous en prie, Elie, rejoignez-nous.

Egalement Edith Launay, sage-femme cadre de PMI, va nous rejoindre pour ce débat.

Bruno Maleine, pharmacien d'officine à Villiers-sur-Marne et Vice-président du conseil régional de l'Ordre des pharmaciens d'Ile-de-France.

Céline Nossereau, c'est vous qui manquez, responsable du service de santé prévention de la Mutualité française en Ile-de-France.

Pour commencer l'introduction sur cette table ronde, Elie Azria, bonjour ! Vous êtes donc le Chef de la maternité Bon Secours et vous travaillez notamment sur toutes ces questions de vulnérabilité. Vous avez un point de vue sur la situation, avec évidemment des constats, des problèmes, des freins que vous voudriez décrire, et pourquoi pas des pistes de solutions, ce qui nous peut nous permettre d'entrer dans le vif de ce sujet avant de passer la parole aux autres intervenants, notamment sur leur expérience, leurs témoignages concrets de terrain, de vécu, la prévention auprès des patientes, en tout cas des femmes qui peuvent être concernées, et sur les différents types d'opérations qui peuvent être menées, notamment dans le cadre de la Mutualité. Je vous en prie, prenez un micro et dites-nous un peu quelle est votre vision globale de la question.

Docteur Elie AZRIA

Bonjour. La question des vulnérabilités est une question absolument centrale. La vulnérabilité de la femme enceinte est un sujet très vaste. Cela comprend un certain nombre de facteurs. Les vulnérabilités sont d'ordres divers. Les vulnérabilités sociales, les vulnérabilités psychiques sont bien évidemment au premier plan. Ce sont des éléments auxquels les cliniciens sont confrontés de manière quotidienne, qu'il est très important de dépister, le plus tôt possible. Si l'on peut même le faire avant la grossesse, c'est toujours mieux. Les dépister pour essayer d'en atténuer les effets car ces effets sont aujourd'hui de



mieux en mieux connus. Un certain nombre de nos travaux épidémiologiques mettent très clairement en relation certains types de vulnérabilités sociales (on parle de précarité en pratique), avec des devenir, des issues de grossesses défavorables.

Nous savons par exemple que le risque de naissance prématurée est augmenté chez des femmes qui vivent dans des conditions sociales très difficiles. D'ailleurs, pas uniquement très difficiles. Nous observons vraiment un gradient social. Ce ne sont pas les plus précaires uniquement qui sont concernées par cela. Des femmes déjà en difficulté par rapport à leur travail, par rapport à leur logement, des femmes isolées, qui touchent des revenus insuffisants, peuvent déjà être concernées sans pourtant être dans la grande précarité. Donc, nous observons vraiment un gradient social. A mesure que les conditions se dégradent, ce risque de prématurité s'accroît et nous l'observons très bien dans des études françaises avec l'Enquête nationale périnatale par exemple. On l'observe également à l'étranger dans des pays comme la Grande-Bretagne, comme l'Australie, où l'on a pu mettre en évidence ces facteurs. On observe également d'autres types d'effets, les effets notamment sur la croissance fœtale avec plus d'enfants petits pour l'âge gestationnel dans ce type de situation.

Pour ces raisons, il y a un réel enjeu à dépister, connaître (c'est-à-dire promouvoir) la recherche dans ce domaine, c'est quelque chose de très important, pour comprendre non seulement les associations que nous pouvons observer, les mécanismes, et cibler éventuellement par la prévention, voire des traitements, pour essayer d'atténuer ces effets. Mais comme l'évoquait Nicolas Bouzou dans son petit film, à plus grande échelle, outre la santé individuelle de ces femmes, de leurs enfants, c'est vraiment un enjeu sociétal ici. Je pense que la femme enceinte est réellement au cœur d'un cercle vicieux qui est celui des inégalités. Etre exposé à des facteurs de vulnérabilité, vivre dans un environnement défavorable, être plus exposée aux polluants environnementaux, se trouver dans des situations où la nutrition est problématique et peut retentir sur la grossesse, tous ces éléments sont susceptibles de générer des complications en cours de grossesse, de la prématurité, des retards de croissance avec les conséquences que nous savons sur la santé fœtale, sur la santé périnatale et (nous le savons de plus en plus) sur la santé de l'enfant, voire de l'adulte. Des enfants ou des adultes qui sont en moins bonne santé sont des enfants ou des adultes moins à même de s'insérer dans la société. Nous sommes vraiment dans un cercle vicieux.

Cibler sur la prévention en cours de grossesse me semble être un enjeu absolument fondamental en termes de santé individuelle, mais aussi en termes de problématiques sociales.

Fabrice PAPILLON

Très bien. Nous reviendrons sur tous ces aspects. Vous avez évoqué différents points qui peuvent être socio-économiques. C'est le cœur notamment de cette matinée, de cette première table ronde en particulier, même si nous allons commencer à nous intéresser aux événements environnementaux en général, y compris les perturbateurs endocriniens.

La fragilité, la précarité, la vulnérabilité de la femme enceinte, c'est, Edith Launay, votre vécu quotidien. Vous êtes sage-femme cadre de PMI. Vous avez notamment une consultation une demi-journée par semaine au sein de l'AP-HP, vous voyez des femmes en situation de grande précarité toutes les semaines, plusieurs nouvelles d'ailleurs. Vous essayez d'introduire finalement une relation, une communication, des premiers contacts pour tenter de mettre en place cette prévention.

Pouvez-vous nous raconter, à travers peut-être un ou deux cas symboliques et représentatifs, quelle est la perception que vous avez de cette précarité, notamment du point de vue du stress psychosocial, comme l'on dit, des difficultés personnelles et psychologiques à affronter cette grossesse ?



Edith LAUNAY

Bonjour. Pour planter brièvement le décor, à la PMI de Paris nous essayons d'intervenir déjà en préconceptionnel dans les centres de planification, en ayant également des interventions dans les collèges et les lycées (ce qui est peut-être un peu tôt), et (ce qui est intéressant) dans les foyers de jeunes travailleurs. Après, tout le long de la grossesse et jusqu'aux six ans de l'enfant, nous intervenons à tous les niveaux avec des messages de prévention, des permanences de différents professionnels, des consultations.

La particularité de Paris est que nous avons un partenariat très efficace avec l'AP-HP où nous faisons ces consultations que nous avons axées sur les femmes précaires ou en tout cas très vulnérables. Nous voyons souvent des femmes mineures complètement marginalisées qui ne se font quasiment pas suivre (nous avons beaucoup de difficultés). Je peux vous raconter peut-être un parcours assez classique, des femmes que nous voyons à nos consultations, des consultations que nous faisons plus longues. Nous prenons beaucoup plus de temps que nos collègues pour faire une consultation médicale – mais c'est déjà un accompagnement médico ou psychosocial.

Nous allons prendre une femme qui vient par exemple d'Afrique subsaharienne. J'aurais pu prendre une femme de l'Est, mais cela complique un peu : les femmes venant de l'Est parlent souvent russe, chinois, en tout cas pas français ni anglais, et cela complique encore la consultation. Nous allons en prendre une qui parle français ou anglais, par exemple une femme qui vient du sud Sahara. C'est ce que nous rencontrons le plus.

Soit elle est enceinte, elle est chassée de sa famille, elle vient en France pour une vie meilleure, soit c'est la guerre ou il y a beaucoup de conflits sociaux, et elle vient en France pour une vie meilleure. Elle sera enceinte soit du passeur (il faut bien payer le passage), soit, après un moment de rencontre et de réconfort, d'un père qu'elle ne connaît en général pas ou pas beaucoup.

La voilà dans la rue. Avec un peu de chance, elle est hébergée chez des compatriotes ou alors (cela arrive assez souvent) par quelqu'un qu'elle a rencontré dans la rue et qui gentiment l'héberge. Cela me laisse un peu dubitative. Cela ne dure pas très longtemps en général, et de toute façon, si elle est hébergée, c'est dans des conditions insalubres. Dès que le ventre grossit, on lui fait comprendre qu'elle est gênante et qu'elle doit partir. Elle se retrouve à la rue, elle appelle le 115, le Samu social, elle a besoin d'un certificat de grossesse pour que l'on puisse lui trouver un hébergement le plus stable possible. Elle arrive en général en fin de soirée dans un hôpital aux urgences, dans une maternité. On lui fait son certificat, elle a un premier examen médical et en général va pouvoir commencer l'inscription en maternité le début du suivi de grossesse – mais la grossesse est déjà souvent à quatre mois.

La voilà arrivée à notre consultation à quatre mois ou cinq mois, selon le délai pour arriver à nos consultations. A quatre mois, on va lui faire tout l'examen habituel. On l'interroge bien sûr sur ses conditions de vie et ses antécédents, ses problèmes médicaux, etc., vous connaissez. Déjà, elle nous raconte ses traumatismes. Nous pourrions lui proposer :

- un accompagnement psychologique – la psychologue lui fait peur ;
- des centres de victimologie où elle se reconnaîtrait mieux – il faut avoir une couverture sociale, elle n'en a pas ;
- des centres d'ethnopsy – ce serait idéal aussi mais c'est la même chose, nous attendrons qu'elle ait une couverture sociale pour consulter.

En attendant, elle vit avec ses cauchemars et son hypervigilance dans la rue, mais nous nous préoccupons un peu plus de la grossesse. Elle a le premier examen gynécologique de sa vie. Ce n'est pas évident, nous perdons beaucoup de temps. Nous essayons de l'appivoiser. Si nous essayons de lui parler des frottis et des cancers, elle a peur. Si nous lui parlons de trisomie 21, elle pense que son enfant est anormal et elle a



peur. De toute façon, elle arrive un peu tard, l'échographie nous ne l'avons pas. Nous pouvons lui proposer le bilan sanguin, ce sera assez incomplet. Quand nous la retrouvons le mois suivant, nous nous apercevons qu'elle a passé trente nuits blanches parce qu'elle pense vraiment que si nous lui avons fait tout cela, c'est que son enfant n'est pas normal. Il ne faut pas oublier qu'elle perd de l'estime d'elle-même, qu'elle ne mange pas tous les jours, qu'elle passe d'hôtel en hôtel et qu'elle a honte. Elle a honte, elle est coupable et obligatoirement son enfant ne peut pas être en bonne santé, elle ne peut pas être une bonne mère. Ce sera la même chose après, avec l'allaitement maternel.

Fabrice PAPILLON

Il n'y a pas forcément de problèmes pathologiques au niveau santé, en revanche toute la question psycho et le ressenti de cette détresse profonde influencent évidemment la grossesse ?

Edith LAUNAY

Voilà, elle est dans un stress intense. J'en arrive au dépistage du diabète où en général, nous avons une femme souvent en surpoids, qui mange très mal, ce qu'elle peut, ce qui s'achète vite et pas cher dans la rue – des gâteaux, du Fanta. La voilà avec un dépistage de diabète positif assez souvent. Là, que faisons-nous ?

Nous pouvons lui proposer les jolies machines électroniques. D'abord, il faut savoir faire marcher la machine. Nous arrivons à lui prêter, c'est déjà beaucoup. Elle va inscrire les chiffres comme elle peut. J'ai vu une femme qui ne savait ni lire ni écrire le français, elle recopiait les petits dessins. Elle les recopiait très bien. Elle prenait une page par jour, les petits dessins des chiffres, il y avait des petits carrés et nous nous en sortions très bien grâce à cela. Sinon, elle ne le fait pas.

De toute façon, nous allons lui dire de manger équilibré. Comment voulez-vous manger équilibré dans un hôtel ? Vous n'avez, par sécurité, pas droit ni au Frigidaire, ni au micro-ondes. Quelquefois, la petite bouilloire, mais j'ai vu des endroits où on les confisquait. Il y a rarement de cuisines collectives dans les hôtels. Elle va faire beaucoup de chemin pour traverser tout Paris, pour aller soit aux Restos du cœur, soit une fois par jour dans des restos solidaires que peut proposer le centre d'action sociale de la Ville de Paris par exemple. Une fois par jour seulement, au moins, elle mange équilibré. Nous avons vu quelques diabètes légers se rééquilibrer grâce à cela. Nous faisons vraiment ce que nous pouvons. Nous allons à domicile aussi et nous constatons.

Fabrice PAPILLON

Ces femmes-là (malgré leur immense détresse ou leur stress, plus les problèmes pathologiques qui finissent par apparaître) reviennent ? Vous dites : « *Nous les voyons deux fois, peut-être trois.* », ensuite il faut prendre en charge l'accouchement lui-même. Vous réussissez à les « fidéliser » ?

Edith LAUNAY

Oui. Nous ne savons pas trop pourquoi elles reviennent nous voir. Souvent, d'hôtel en hôtel, elles finissent en banlieue mais elles reviennent. Je pense que c'est la première fois que quelqu'un s'occupe vraiment d'elles et de ce bébé. Elles investissent beaucoup dans ce bébé malgré tout, qui va leur donner une vie meilleure. C'est leur grand espoir. Ce bébé elles vont l'aimer, elles vont avoir une vie meilleure. Il faut qu'elles aient une vie meilleure puisqu'il y a ce bébé dont elles ont conscience des besoins.

Fabrice PAPILLON

Un nombre important de ces futures mères sont-elles confrontées à la prématurité compte tenu du contexte que vous décrivez ?



Edith LAUNAY

Elles bougent beaucoup, font beaucoup de chemin, arrivent en retard à nos consultations, sautent des consultations, vont se présenter aux urgences à droite et à gauche et ont beaucoup plus de menaces d'accouchement prématuré. Il y a plus d'accouchements prématurés chez ces femmes. Il y a plus d'enfants tout petits malgré le diabète, ou quelquefois gros, mais vu les facteurs de vulnérabilité qu'elles accumulent, nous pouvons tout à fait avoir un diabète, malgré tout un enfant tout petit et un plus gros risque de césarienne. D'autant que quelquefois, elles vont accoucher à côté de leur hôtel, en banlieue, dans une maternité qui ne les connaît absolument pas : elles auront voulu continuer un suivi sur Paris par « affection », parce qu'elles auront investi quelque chose dans une première consultation, par lien, alors que les pompiers ne les amèneront pas après trois heures de route sur Paris, c'est sûr.

Fabrice PAPILLON

Evidemment, avec la prématurité lorsque c'est le cas (nous avons compris que c'était plus fréquent dans ces cas-là), les difficultés qui se sont répercutées dans le développement fœtal et les conséquences chez le jeune enfant. Nous en parlerons notamment cet après-midi avec les aspects développement des maladies, DOHAD et épigénétique. Tout à l'heure, nous en avons dit un mot. Cela nous permettra aussi de revenir sur les origines des conséquences vraiment biologiques liées à ces conditions très difficiles que vous décrivez avec beaucoup de talent. Nous sommes vraiment confrontés, avec votre témoignage, à cette dure réalité.

Bruno Maleine, vous êtes pharmacien d'officine à Villiers-sur-Marne. Vous êtes dans un quartier qui n'est pas spécialement défavorisé. Vous avez donc affaire à une population (contrairement aux cas de précarité notamment liés aux migrantes dont vous avez parlé) plus classique, plus traditionnelle. Ce qui n'empêche pas des situations pas forcément d'hyperdétresse, mais où il faut quand même savoir détecter la future grossesse. Vous pouvez même voir arriver (avant la grossesse, au moment où l'on s'intéresse à des questions médicamenteuses préconceptionnelles) la grossesse elle-même. Finalement, il y a des formes de prévention ou de relations à tisser avec les futures mamans.

Bruno MALEINE

Bonjour. D'abord, je voudrais vous remercier d'avoir pensé à inviter le pharmacien dans cet environnement de la femme enceinte. Nous ne sommes pas, au même titre que vous, des professionnels de la naissance, de la grossesse, mais il est vrai que nous sommes confrontés à toute la population. Je crois qu'il y a un peu plus de 800 000 naissances par an, 22 000 officines. Grosso modo, nous pouvons avoir quarante futures mamans dans chacune de nos officines chaque année. Je pense que nous avons un rôle à jouer.

Nous avons pris la mesure de l'accompagnement de la future maman. Depuis la loi HPST, nous avons un rôle renforcé en matière d'éducation thérapeutique, de prévention. Pour illustrer : j'ai pu mettre en place au sein de mon officine, pour accompagner les jeunes, ce que l'on appelle un espace de confidentialité, de façon à mener des entretiens pharmaceutiques. On n'emploie pas le terme de « consultation » puisqu'on la réserve au domaine médical, mais il s'agit vraiment d'apporter des réponses à toutes les questions qui peuvent se présenter à la future maman.

Aujourd'hui, nous arrivons à repérer quelques mamans qui ont un désir de grossesse par la prescription d'acide folique, par exemple pour la prévention d'anomalies du tube neural. Chaque mois elles viennent renouveler : nous avons un petit indice. Nous avons également le biais du test de grossesse.

Je vais faire un petit focus sur le test de grossesse que nous avons défendu pour la vente au sein des officines. Vous savez que depuis quelques mois c'est passé en grandes surfaces. Le débat est ouvert pour permettre peut-être à une population plus large d'avoir



accès aux tests de grossesse, mais pour nous, quand nous avons une maman qui revient avec le quatrième, cinquième, sixième test de grossesse, ou qui les achète par cinq (c'est du vécu récent), le débat s'instaure. C'est à ce moment-là que nous allons pouvoir proposer un entretien, de façon à étudier pourquoi il y a des difficultés. Peut-être faut-il après orienter vers les services spécialisés. Cela peut être aussi (aussi surprenant que cela puisse paraître) un défaut de lecture du test de grossesse. Aujourd'hui, on me téléphone en disant : « *J'ai acheté le test de grossesse sur Internet, en grande surface, etc., mais je n'arrive pas à interpréter le résultat.* »

Fabrice PAPILLON

Ah oui, cela arrive ? On vous demande conseil ?

Bruno MALEINE

On nous demande conseil. C'est vraiment un moyen de mettre la femme dans le circuit, puis peut-être de parler aussi du rendez-vous préconceptionnel. Il est vrai que dans notre culture, c'est une notion assez récente, d'aller consulter quand tout va bien.

Fabrice PAPILLON

Les femmes enceintes ne sont pas malades, fondamentalement.

Bruno MALEINE

Pendant très longtemps, on a relayé cette information en disant qu'une femme enceinte n'est pas malade et doit continuer sa vie au quotidien.

Fabrice PAPILLON

Celles qui pourraient l'être, c'est plus compliqué de les sensibiliser.

Bruno MALEINE

C'est plus compliqué de les sensibiliser. Une fois que la grossesse est enclenchée, nous avons des questions multiples. Cela va aller de l'utilisation des cosmétiques qui vont contenir des parabènes, des bisphénols pour les biberons, aux questions chaque mois, sur les ordonnances que nous pouvons renouveler (Tardyféron, Spasfon, j'en passe). Parfois, ce sont des questions également que l'on ne pose pas au cours de la consultation. On me demande un certain nombre d'informations auxquelles je ne peux pas répondre car je ne suis pas à la place du médecin qui fait le suivi. Dans ce cas-là, nous encourageons toujours à reposer la question au médecin.

Fabrice PAPILLON

Ces femmes ont-elles toutes, dans le cas que vous citez, un médecin référent, un médecin de famille comme l'on dit ? N'y a-t-il pas de défaut de ce point de vue-là ? Un généraliste s'occupe d'elles ?

Bruno MALEINE

Il est vrai que la notion du médecin traitant aujourd'hui est une véritable entité, mais je ne suis pas sûr que dans cette idée-là on consulte forcément le médecin traitant. Nous en revenons au problème initial : on est en bonne santé, on ne voit pas l'intérêt d'aller consulter. Il faut que la grossesse soit confirmée pour que le suivi se fasse, mais avant ce moment-là je ne suis pas sûr que toutes les femmes, quel que soit le milieu social, quel que soit l'environnement, consultent forcément leur médecin traitant.



Fabrice PAPILLON

Elie Azria, juste un mot : pensez-vous que la suppression de la consultation préconceptionnelle est dommage ?

Docteur Elie AZRIA

Voulez-vous parler de l'examen prénuptial ? C'est dommage, oui et non. C'était un gouffre financier pour un bénéfice assez limité, dans la mesure où 40 à 45 % des grossesses avaient lieu hors mariage. L'examen prénuptial ne pouvait pas remplir à lui seul ce rôle de prévention, en tout cas pas sur l'échelle de la population.

Installer dans les esprits cette idée qu'une consultation préconceptionnelle peut avoir un intérêt, chez les femmes qui présentent des pathologies chroniques, qui ont des facteurs de risques obstétricaux ou qui ont des antécédents particuliers paraît assez évident, mais encore faut-il le rappeler. Cela concerne également des femmes qui n'ont pas d'histoire médicale ou obstétricale. Cet examen préconceptionnel, cette consultation est aussi un temps important pour pouvoir dépister les facteurs de vulnérabilité que nous évoquons, les vulnérabilités psychosociales. Je tiens à dire que la situation que décrivait Edith Launay paraît extrême, mais c'est loin d'être exceptionnel.

Fabrice PAPILLON

Cela arrive fréquemment, vous êtes aussi confrontés à ce type de questions à la maternité. Nous allons bien sûr y revenir. Nous avons pu avoir deux points de vue :

- le contact direct, par définition, avec l'extrême précarité ;
- une situation plus traditionnelle où nous voyons que se posent de nombreuses questions – le pharmacien, dans son nouveau rôle (cela a toujours été son rôle mais rôle réaffirmé, plus institué de conseil), peut intervenir, surtout après la suppression de consultations type prénuptiale ;
- et d'autres considérations.

Là, nous nous éloignons encore un peu plus de contextes très difficiles ou de précarité puisque nous sommes plus dans des questions que peuvent se poser des populations en bonnes conditions socio-économiques, en bonne santé a priori, qui ont peut-être l'état d'esprit de penser à des problématiques plus complexes ou plus secondaires dans l'esprit de beaucoup, notamment la question des polluants, des perturbateurs endocriniens, mais aussi (cela concerne tout le monde) l'alimentation.

Céline Nossereau, qui êtes responsable du service de santé prévention à la Mutualité française Ile-de-France, vous êtes venue avec « armes et bagages », nous le voyons, à l'accueil de cette journée avec des affiches, des flyers, des documents pour sensibiliser notamment sur la question des polluants. C'est une des questions sur lesquelles vous travaillez beaucoup à la Mutualité française ?

Céline NOSSEREAU

Effectivement. Bonjour. En deux mots, la Mutualité française est une fédération de mutuelles santé, de complémentaires santé à but non lucratif. Comme le disait très bien Nicolas Bouzou dans l'enregistrement, les mutuelles s'intéressent à cette question de l'environnement et de l'impact de l'environnement sur notre santé, plus précisément sur la santé de la femme enceinte.

Aujourd'hui, nous voyons que les maladies chroniques explosent (les cancers, l'asthme, nous pouvons parler aussi de l'obésité, du diabète, etc.). Nous savons que l'environnement joue un rôle dans l'explosion de ces maladies chroniques. Il y a un lien avec notre économie, notre système de santé – aujourd'hui, il est vraiment en danger. Les mutuelles qui complètent l'Assurance maladie s'inquiètent de plus en plus de l'explosion de ces maladies chroniques qui ont un coût pour notre société.



Comme vous le rappeliez, la prévention est aussi un axe très important pour prévenir ces maladies chroniques et informer la population des risques qui les entoure. Sur l'environnement, nous essayons de développer des actions. Nous ne sommes pas professionnels de santé, nous sommes des préventeurs, nous travaillons sur l'information, avec le grand public, différents types de populations. Nous nous sommes intéressés à la question de l'environnement intérieur. Aujourd'hui, nous habitons et nous travaillons dans des environnements clos qui sont à 90 % pollués par des pesticides, tout ce qui peut être le mobilier, les produits ménagers par exemple. C'est une question sur laquelle nous travaillons.

Il y a différents types de polluants intérieurs. Il peut y avoir, je le disais, le mobilier, mais nous trouvons aussi dans les cosmétiques par exemple des substances sur lesquelles on se pose encore des questions. Il y a également les jouets que nous donnons aux enfants. Les enfants mettent le plus souvent les jouets dans leur bouche. Par exemple, ce que l'on appelle les retardateurs de flammes sont des produits chimiques que l'on retrouve sur les jouets qui sont donnés aux enfants. Tous ces types de polluants nous posent question. Nous savons que pour certains ils sont néfastes et peuvent engendrer des problèmes au niveau du fœtus, des malformations. Une étude de l'INSERM montre que le fœtus a deux fois plus de chances d'avoir des malformations lorsque la femme enceinte travaille dans un environnement pollué – par exemple, les coiffeuses, ou dans le secteur de la santé, puisqu'elles sont exposées à des solvants. Cela a un impact sur le fœtus : le placenta ne fait pas barrière à ces substances.

Fabrice PAPILLON

Questions que nous réaborderons au fil de l'eau, dans la journée. C'est très important. Vous voulez sensibiliser sur ces aspects, vous faites des opérations de communication car cela concerne vraiment une grande majorité de femmes, au-delà des questions de précarité socio-économique par exemple.

Céline NOSSEREAU

Tout à fait. Nous essayons d'informer car nous nous rendons compte que l'on parle beaucoup du bisphénol en ce moment. Une loi a été votée sur les biberons, c'est interdit dans les biberons. Mais il y a d'autres substances, les phtalates, que l'on retrouve dans les contenants alimentaires. Nous essayons de développer l'information autour de cela.

Fabrice PAPILLON

Pas seulement auprès du grand public mais aussi des professionnels de santé. Je crois qu'il y a un souci aussi de ce côté-là.

Céline NOSSEREAU

J'allais y venir puisque le grand public est en relation avec vous, les professionnels de santé, et va se retourner vers vous ou le pharmacien par exemple pour demander : « *Je suis enceinte, j'ai tel biberon, est-ce dangereux pour mon fœtus ?* » Ce sont des questions que les femmes se posent aujourd'hui. Je pense que beaucoup de femmes se posent des questions et je ne sais pas si les assistantes maternelles, dans les PMI, les sages-femmes, sont en capacité de répondre déjà sur ce que sont ces substances, où on les retrouve et quel en est l'impact.

Nous essayons de faire un recensement des connaissances des professionnels de santé qui travaillent autour des jeunes mamans, des femmes enceintes, pour voir où nous, la Mutualité, nous pouvons travailler pour construire des formations avec vous et développer cette information auprès des professionnels de santé. Au moins sensibiliser à la question pour pouvoir y répondre.



Fabrice PAPILLON

Y compris les généralistes, les gens qui sont aux prises avec les mamans et futures mamans ?

Céline NOSSEREAU

Nous travaillons avec une association qui s'appelle le WECF. C'est une association de femmes qui travaillent sur l'environnement des jeunes mamans et des futures mamans. Nous travaillons également avec l'APPA, l'Association pour la prévention et la pollution atmosphérique. Nous ne sommes pas des scientifiques mais des coordinateurs. Nous essayons de mettre en forme des choses avec des professionnels de santé et le grand public. Nous essayons de travailler avec ces spécialistes et de concevoir des choses pour diffuser l'information et sensibiliser. Dans les médias nous en entendons parler et le risque est que ce soit anxiogène, de se dire par exemple : « *Aujourd'hui, dans cette salle avec le mobilier, toutes les substances que vous avez sur vos sièges, nous sommes entourés de ces substances.* »

Fabrice PAPILLON

Nous allons tous mourir.

Céline NOSSEREAU

C'est surtout : avons-nous le choix d'éviter ces substances ?

Fabrice PAPILLON

Faut-il que nous mangions le siège pour avoir le risque ?

Céline NOSSEREAU

Non, cela peut se transmettre aussi par la peau, par l'air.

Fabrice PAPILLON

C'est embêtant. J'ai lu une étude qui disait qu'il y avait 7 millions de victimes de pollution de l'air dans le monde, dont la moitié d'air intérieur – notamment en Inde où l'on cuisine encore avec des foyers à feu ouvert au charbon (c'est extrêmement direct). La pollution de l'air l'intérieur est un fait important.

Elie Azria, je reviens vers vous : vous avez cette vision globale notamment en maternité. La question des polluants est-elle une question que l'on vous pose ou en parlez-vous vous-même spontanément avec les mamans et futures mamans ?

Docteur Elie AZRIA

Très peu car, pour tout vous dire, je pense que les connaissances des professionnels sont très largement insuffisantes pour aborder ces questions de manière pertinente. C'est là où ces travaux de sensibilisation sont fondamentaux. Pour l'instant, nous sommes encore très loin du compte. Je crois aussi qu'il y a un vrai travail pour développer encore davantage nos connaissances et être plus clairs dans les impacts réels de certaines substances. Ce sont des connaissances qui sont finalement très difficiles à développer. Ce que l'on peut montrer sur des modèles animaux est encore très loin de ce qui peut se passer dans la réalité. Il y a des effets de doses, de durées d'exposition, la susceptibilité individuelle joue bien évidemment. Il ne s'agit pas non plus de créer des psychoses, de faire de la grossesse un moment d'anxiété majeure.

Il faut trouver le bon dosage. Nous sommes dans un environnement et par définition, comme nous interagissons avec notre environnement, nous avons des interactions positives et des interactions négatives. Ces interactions négatives, nous en connaissons



certaines, d'autres sont à l'état d'hypothèse. Je crois qu'il faut aussi rester raisonnables dans notre communication.

Fabrice PAPILLON

Pareil pour le pharmacien ? Je ne parle pas de la PMI qui a d'autres préoccupations j'imagine, mais le pharmacien pense-t-il à cela ?

Bruno MALEINE

Le sujet d'actualité était vraiment le bisphénol. Les polluants atmosphériques, non. Nous sommes souvent sollicités, je n'ai pas cité tout à l'heure le médicament, mais je crois que le message est relativement bien passé aujourd'hui : avant de prendre un médicament, nous sommes très souvent consultés et interrogés.

Céline NOSSEREAU

On peut s'intéresser à un polluant comme le bisphénol ou les phtalates, mais ce qui est intéressant est l'effet cocktail que peuvent produire ces molécules. Il y a des seuils qui ne sont pas forcément dépassés, mais lorsque l'on cumule toutes ces molécules, cela peut faire un effet cocktail et c'est là que cela peut devenir dangereux.

Fabrice PAPILLON

Edith Launay, sur ces questions ?

Edith LAUNAY

Je crains que la PMI ne se soit arrêtée au dépistage et à la prévention du saturnisme. Il y en a encore beaucoup, pas que chez les très précaires. Il y a beaucoup d'appartements parisiens où il y a encore des peintures au plomb que les enfants adorent manger.

Fabrice PAPILLON

C'est une activité comme une autre.

Edith LAUNAY

C'est très bon, c'est sucré.

Fabrice PAPILLON

Nous sommes arrivés à la moitié de ce premier temps d'échange de table ronde sur ces sujets où nous avons pu parler de conditions globales, environnementales, aussi bien socio-économiques, psychologiques, pourquoi pas médicales. Nous sommes allés dans des préoccupations beaucoup moins connues, avec l'environnement cette fois physique, qui nous entoure.

Je vous propose maintenant de prendre la parole dans ce deuxième temps, la deuxième demi-heure de cette première table ronde pour intervenir, poser vos questions, faire toutes remarques, expériences vécues, tout ce qui pourrait contribuer.

Docteur Véronique DUFOUR, pédiatre, médecin chargé de la protection infantile à la PMI de Paris

Je voudrais juste rectifier quelque chose : la « *protection maternelle et infantile* », sa tâche première est de la prévention primaire. Mais nous sommes (ou nous essayons de rester) bien en amont dans le cadre de la prévention. Nous nous occupons d'environnement et des messages à faire passer aux femmes, à l'enfant, en préconceptionnel dans les centres de planification – la planification fait partie des missions des PMI dans chaque département. Je voulais juste rectifier pour ne pas que l'on ait une image, juste « *PMI = précarité = saturnisme* ». Nous sommes vraiment dans la prévention



primaire aussi et il faut que la précarité qui est en augmentation nous laisse du temps pour faire la prévention primaire.

Fabrice PAPILLON

Nous en reparlerons avec vous cet après-midi bien sûr.

Docteur Véronique DUFOUR

La PMI est ouverte, à Paris, à tous les Parisiens et toutes les Parisiennes qui peuvent venir pour toutes les informations qu'ils souhaitent. Bien entendu, nous travaillons déjà en partenariat sur les bisphénols, les phtalates, etc., pour toutes les personnes qui s'y intéressent.

Fabrice PAPILLON

Autre question ? Pareil : nous allons nous voir tout à l'heure.

Alexandre DUMONT, gynécologue-obstétricien, IRD

Je suis Directeur de recherche à l'IRD et gynécologue-obstétricien dans un centre municipal de santé aux Ulis.

Fabrice PAPILLON

Vous intervenez dans une demi-heure.

Docteur Alexandre DUMONT

Là, je parle plus avec ma casquette de clinicien. Il m'arrive de voir dans mes consultations des femmes en situation de précarité que l'on dépiste avec un questionnaire assez standardisé. Lorsque l'on dépiste un problème de santé, un facteur de risque obstétrical, c'est facile, on oriente à l'hôpital. On ne fait plus de consultation en ville : on oriente sur une structure plus spécialisée qui va prendre en charge un problème. Mais quand on dépiste une précarité, à qui réfère-t-on ? Existe-t-il des centres de prise en charge psychosociale ? Là, vous avez décrit une situation assez commune.

Fabrice PAPILLON

Sans couverture sociale ?

Docteur Alexandre DUMONT

Sans couverture sociale. Nous voyons bien qu'il y a plusieurs problèmes à prendre en charge : le logement, la nourriture, la couverture maladie, il y a plein de choses à prendre en charge. Comment fait-on dans ce cas-là ?

Fabrice PAPILLON

Concrètement, comment cela marche-t-il ?

Docteur Elie AZRIA

Concrètement, c'est la galère. C'est la galère quand on est en ville, et probablement encore plus quand on est en ville que quand on est à l'hôpital. Quand on est à l'hôpital, on a des services sociaux qui peuvent nous aider dans cette tâche d'organisation extrêmement complexe. Il faut dire que nous ne trouvons pas des solutions à tous les problèmes. Sur les problématiques de logements, il n'y a qu'à regarder les résultats de l'étude ENFAMS publiée par l'Observatoire du Samu social. Les solutions sont encore très insatisfaisantes aujourd'hui. Nous n'arrivons pas à fixer géographiquement des femmes qui passent d'hôtel en hôtel et parfois qui font cinq, six, voir plus d'hôtels pendant leur



grossesse, ce qui pose des problèmes en termes de suivi. Parfois, ces hôtels ne peuvent pas accueillir toute la famille. On sépare la femme du mari, etc.

Il y a les questions d'ouverture des droits aussi. Certes, la grossesse ouvre droit à 100 %, mais à partir du sixième mois. Dans des villes comme Paris où un grand nombre de professionnels sont en ville (voire parfois en secteur 2), le fait de ne pas avoir de droits et de ne pas avoir de complémentaire rend parfois concret le renoncement aux soins pour raisons financières. Ce que vous soulignez est le quotidien de beaucoup de soignants.

Fabrice PAPILLON

Ce n'est pas parce que ces femmes sont enceintes qu'elles sont « privilégiées » ou mieux aidées que les autres populations défavorisées non grossesse ?

Docteur Elie AZRIA

Ce n'est pas si simple. La grossesse fait rentrer dans des filières de soins parfois très tardivement. Parfois, des femmes qui viennent pour accoucher n'ont jamais été vues avant. Toujours est-il qu'elles rentrent dans des filières de soins. Cette entrée est susceptible d'améliorer leurs conditions pendant la grossesse.

En revanche, nous savons aussi que la grossesse est un facteur d'isolement. Beaucoup de femmes, parce qu'elles sont enceintes, se retrouvent seules. L'isolement a aussi un effet sur le risque.

Fabrice PAPILLON

Ces femmes typiquement dont vous parlez vous demandent-elles de l'aide, vous disent-elles : « *Il faut m'aider. Je ne sais pas où dormir, il faut m'accompagner.* » ? Est-ce que ce sont des choses que l'on vous demande ?

Edith LAUNAY

Oui, complètement. Elles nous disent qu'elles ne savent pas où dormir et n'ont pas mangé depuis trois jours. Pas toutes, je rassure Madame Dufour. En tout cas, pour ces femmes précaires, c'est la galère. Nous avons plusieurs pistes quand même. Quand on est en ville, on peut déjà l'adresser à une sage-femme de PMI qui va la recevoir, qui va l'accompagner, voir avec elle et (promis) ne pas faire de détournement de clientèle. Quoique si : si elle n'a pas de sécurité sociale et ne peut pas payer, de toute façon elle pourra la suivre, elle n'aura pas le choix. Mais elle connaît peut-être mieux le réseau. Après, nous allons essayer de voir si elle a une assistante sociale de secteur, si elle a encore un secteur, si elle est un peu hébergée. Si elle est à la rue, nous, sages-femmes de PMI, nous appelons beaucoup le réseau Solidarité Paris Maman (le réseau SOLIPAM).

Fabrice PAPILLON

SOLIPAM qui hier, je crois, faisait sa journée.

Edith LAUNAY

Oui : c'étaient des rencontres sur la précarité puisque c'est son quotidien. C'est un réseau de périnatalité qui va essayer de faire un lien entre tous les professionnels qui sont autour d'une femme enceinte en situation de grande vulnérabilité, pour déjà stabiliser un logement. Ils ont beaucoup travaillé avec le Samu social qui maintenant a bien compris. Dès qu'ils voient que la femme est enceinte (d'où mon histoire de certificat de grossesse tout à l'heure), ils savent qu'il faut un logement stable. Maintenant, nous faisons ce que nous pouvons. C'est hôtelier-dépendant, les hôtels sont chers, insalubres, rares, mais pour une femme enceinte nous y arrivons toujours. Cela peut être dans Paris, dans la banlieue proche, dans la banlieue plus lointaine. Ce n'est pas simple mais nous arrivons à stabiliser un logement pendant la grossesse.



Fabrice PAPILLON

Vous y contribuez donc ?

Edith LAUNAY

Nous appelons au secours SOLIPAM, surtout. SOLIPAM aussi va nous aider, une fois que le logement est stable, à ce que la femme soit suivie le plus près possible de son logement. Nous allons peut-être être amenés à transférer le dossier, à prévenir la nouvelle équipe, etc.

Professeur Michel-Henri DELCROIX, Président d'APPRI Maternité sans tabac, expert agréé par la Cour de cassation

Les vulnérabilités sont extraordinaires, c'est vraiment l'enjeu majeur du suivi de la grossesse. Nous avons parlé beaucoup de risques certes réels, mais qui heureusement concernent finalement relativement peu de femmes. Je voudrais parler des vulnérabilités psychoaffectives et intellectuelles dont nous n'avons pas parlé. Nous avons parlé de la précarité avec la question économique, mais les précarités intellectuelles et psychoaffectives, on n'en parle pas. Avec une conséquence majeure : les violences physiques et psychiques de la part de l'environnement, notamment du père de l'enfant quand on sait qui est le père.

Fabrice PAPILLON

Les femmes battues ?

Professeur Michel-Henri DELCROIX

Voilà, mais les femmes battues il y en a beaucoup et dans tous les milieux. Le premier problème est donc le déni de ces situations-là.

Un deuxième problème (moins dénié mais néanmoins très présent) dont je n'ai pas entendu parler, à moins que je n'aie pas été attentif : le tabagisme, les conduites d'alcoolisation, le cannabis, voire plus, qui exposent l'enfant à naître au pire des toxiques, notamment le monoxyde de carbone. Je ne sais pas si je suis clair.

Fabrice PAPILLON

Vous n'en avez pas entendu parler : comme la journée est longue, nous avons réparti les différentes causes et leurs conséquences. Ces aspects plus connus, comme le montre le sondage OpinionWay, les femmes en sont plus conscientes. Nous allons y revenir plusieurs fois dans la journée, notamment avec la présentation du Professeur Gil sur les effets sur le placenta. Cet après-midi, nous aurons un peu plus de science et de médecine avec des aspects de développement, des maladies, et les conséquences à l'enfance et à l'âge adulte. Evidemment, ces facteurs-là, extrêmement impactants et concrets, seront évoqués. Mais nous pouvons d'ores et déjà aborder le sujet. J'imagine que ce sont des sujets, à la PMI, que vous abordez quotidiennement.

Edith LAUNAY

Oui. Je voulais revenir à votre question sur les vulnérabilités psychoaffectives. Dans les maternités de l'AP-HP, en partenariat avec la PMI ont été instaurés des staffs de parentalité qui sont normalement mensuels, où l'on discute des situations fragiles comme celles-ci, et où l'on essaie de mettre en place tout un suivi et un accompagnement pendant et après la grossesse.

Nous retrouvons les acteurs des maternités, les consultants, les psychologues des maternités (médecins, sages-femmes, assistantes sociales de maternité) et les gens de l'extérieur de la PMI, du champ social, les assistants sociaux de secteur, du secteur psychiatrique, pédopsychiatrique et parfois juridique. Toute une équipe va plancher autour



d'une femme pour essayer d'améliorer sa situation et de l'aider au maximum, violences conjugales comprises.

Vous savez que mardi prochain est la Journée internationale contre les violences faites aux femmes. A cette occasion, toute la semaine à Paris il y a beaucoup de campagnes de sensibilisation, d'information, des débats dans tous les arrondissements et des permanences gratuites de juristes et d'avocats concernant les violences conjugales. Je vous invite à consulter le site Paris.fr pour voir tout ce qui se prépare et y participer.

Fabrice PAPILLON

Beaucoup d'actions, de journées différentes. Il y en a eu une récemment sur la prématurité, ce qui explique le choix de cette date, en partie, pour notre journée.

Voulez-vous ajouter quelque chose ?

Docteur Véronique DUFOUR

Ajouter en complément d'Edith que bien sûr, les staffs auxquels j'ai largement participé (cela a été instauré dans l'AP-HP il y a un peu plus d'une dizaine d'années) se font avec le consentement. On présente et on informe la famille et la femme que l'on va parler d'elles. J'insiste sur le point de vue éthique, on ne parle pas juste de ces familles, quelles qu'elles soient (que ce soit du psychosocial, précarité ou simplement une femme très isolée).

Juste un mot sur la vulnérabilité : quand on parle de la vulnérabilité, de l'isolement de la femme enceinte, je reviens à ce que vous disiez, Monsieur Azria, je crois que c'est vraiment ce qu'il faut voir en premier. Qu'elle soit précaire, psychiatriquement suivie ou autre, c'est l'isolement qui est l'élément majeur.

Docteur Aldo NAOURI

C'est une question que j'adresse à Madame Nossereau. J'ai lu tout à l'heure vos panneaux. J'étais effrayé. 1 à 400 millions de tonnes de produits nocifs. Je ne comprends pas pourquoi ces produits continuent de circuler, pourquoi il n'y a pas d'interdit. On l'a fait pour l'amiante, on sait ce que cela a fait. L'amiante tue, cela donne des cancers. C'est quelque chose de radical qui intervient sur un certain nombre d'individus encore limité, alors que là c'est toute la population qui est intéressée. Cela intervient de façon extrêmement grave : non seulement il y a les effets que vous avez mesurés, mais quand vous parlez des effets sur la fertilité, sur les perturbateurs endocriniens, etc., c'est l'ensemble de la population et pas seulement les femmes gestantes. Comment se fait-il qu'il n'y ait aucun texte pour bloquer cela ?

Fabrice PAPILLON

Nous allons faire revenir le Directeur général de la santé.

Céline NOSSEREAU

C'est une très bonne question. C'est ce que je disais tout à l'heure. Quel est l'autre choix ? Nous n'avons pas le choix d'éviter ces substances. Pour le bisphénol, il y a eu un gros travail de lanceurs d'alerte. Pour ne pas les citer, le RES, le Réseau environnement santé, a beaucoup travaillé sur le bisphénol et a fait que des dispositions ont été prises avec le Député Bapt qui a fait cette proposition de loi : en 2015, il n'y aura plus de bisphénol dans les contenants alimentaires. Après, la question qui se pose est : que va-t-on mettre à la place ? C'est toujours la même question et il n'y a pas que les phtalates. Des centaines sont listées.

Fabrice PAPILLON

Une liste noire assez connue.



Céline NOSSEREAU

Voilà, mais il y a un travail à faire avec les industriels. En France, nous avons la troisième édition du plan santé environnement qui va sortir. Il y a des propositions mais je pense que c'est un vrai problème de société qui se pose. Effectivement, il n'y a pas que les femmes enceintes qui sont touchées. Les personnes vulnérables peuvent être les malades chroniques aussi puisque l'on parle des dispositifs médicaux dans lesquels on trouve beaucoup de phtalates et bisphénols. Quid de ces dispositifs que nous retrouvons dans les établissements hospitaliers ?

Fabrice PAPILLON

En fait, nous sommes tous concernés de près ou de loin, avec une accumulation et des conséquences sur le vieillissement, dans une future précarité physique.

Céline NOSSEREAU

Une étude vient de sortir et montre que l'exposition au bisphénol pour les femmes enceintes a baissé. Ils expliquent dans l'étude que ce serait lié à cette interdiction dans les biberons aussi.

Fabrice PAPILLON

Avant de vous passer la parole (je crois qu'il y a d'autres questions), Elie Azria, je voudrais revenir sur un des points qui a été évoqué, sur lequel nous n'avons pas répondu : la précarité intellectuelle ou psychiatrique, les difficultés d'environnement individuel de l'enfant à naître et de l'enfant.

Docteur Elie AZRIA

Ce sont des situations toujours aussi difficiles. Le gradient social que l'on peut observer sur le devenir cognitif des enfants à long terme s'observe aussi quand on regarde le niveau de l'éducation maternelle. Ce sont des choses que l'on connaît bien, que les pédiatres notamment connaissent bien, avec la stimulation d'un enfant qui n'est pas la même selon le milieu, qui retentit sur sa construction et sur son développement à long terme. C'est un élément probablement à prendre en compte. Certaines études ont été faites sur des prématurés et montrent que parfois, naître prématuré dans un environnement intellectuellement favorisé, finalement, est mieux que de naître à terme dans un environnement beaucoup plus difficile.

Fabrice PAPILLON

Cela fait beaucoup réfléchir.

Khady NAKOULIMA, cofondatrice de Nest for all, Dakar

Bonjour. Je suis cofondatrice de Nest, réseau de cliniques privées dédiées à la femme et à l'enfant au Sénégal.

Fabrice PAPILLON

Nous allons nous retrouver cet après-midi dans la dernière table ronde.

Khady NAKOULIMA

J'avais deux questions. La première concernait les femmes actives. Quel est l'impact du maintien de l'activité professionnelle sur les femmes enceintes ? Avez-vous des mesures d'impact d'environnement professionnel, du stress professionnel ou juste de l'activité professionnelle ?



La deuxième question concerne l'automédication. En France, cela se pratique-t-il toujours beaucoup chez les femmes enceintes ? Quels sont les moyens de prévention de l'automédication ?

Fabrice PAPILLON

Il peut y avoir toutes sortes de risques. Sur l'automédication déjà, Bruno Maleine, pharmacien ?

Bruno MALEINE

Sur l'automédication, je dirais que la meilleure sécurité est le pharmacien. La plupart du temps, cela fait partie du questionnement lors d'une demande spontanée pour un trouble ou pour une demande de médicament, ne serait-ce qu'une boîte de Doliprane ou d'aspirine. C'est vraiment au pharmacien d'accompagner le patient, en l'occurrence la femme enceinte, pour la mettre en garde contre l'utilisation de médicaments au cours de la grossesse. Je crois que c'est vraiment une notion qui a beaucoup évolué. Très spontanément, aujourd'hui on me dit d'emblée : « *Mais je suis enceinte.* », avant même que je puisse poser la question.

Fabrice PAPILLON

Sur la plupart des médicaments (parfois on prend peut-être des précautions extraordinaires), c'est systématique ou presque : pour la femme enceinte, il y a une posologie, voire une interdiction.

Bruno MALEINE

Quand nous avons le moindre doute, nous avons un outil formidable qui s'appelle le CRAT, sur Internet, on y accède très facilement.

Fabrice PAPILLON

Y compris pour le grand public ?

Bruno MALEINE

Y compris pour le grand public. D'ailleurs, il est précisé sur ce site que c'est à disposition du grand public et qu'en cas d'incompréhension ou de notions qui sont parfois plus scientifiques, il faut s'orienter vers un professionnel de santé pour justement analyser l'information fournie. Il y a vraiment toute la bibliographie scientifique et nous savons exactement, en fonction du terme de la patiente, si nous pouvons ou non utiliser ce médicament au cours de la grossesse.

C'est vraiment un outil formidable avec plusieurs entrées, par nom de molécule, par nom de médicament, par pathologie aussi. C'est indépendant de toute pression industrielle puisque ce sont l'ANSM et l'AP-HP qui sont parties prenantes pour la conception du CRAT. Cela a quarante ans d'existence. Il y a une bibliographie très riche et abondante. C'est un outil que le pharmacien doit utiliser au maximum et recommander aussi pour la patiente, quoiqu'à la limite on a toujours une pharmacie de garde à disposition.

Fabrice PAPILLON

L'un n'empêche pas l'autre. Cela peut être un complément. Il y a des endroits où la pharmacie de garde, c'est beaucoup plus compliqué. En dehors de l'Île-de-France, ce n'est pas aussi simple que dans certains quartiers parisiens.

Sur l'aspect monde du travail, emploi, la future maman qui travaille, qui est peut-être déjà maman en plus (cela n'aide pas en termes de disponibilité et d'état général, de forme et d'esprit), l'impact du travail du milieu professionnel se mesure-t-il ? Cela ajoute-t-il une susceptibilité, une vulnérabilité ?



Docteur Elie AZRIA

La question se pose un peu différemment. Des travaux ont été menés en France via l'enquête périnatale, notamment par Béatrice Blondel et Marie-Josèphe Cubizolles, sur cette question. Le travail n'est pas en soi un facteur de risque, et c'est même parfois un facteur associé à un meilleur devenir en cours de grossesse, simplement parce que le travail est aussi associé à certains types de conditions sociales.

En revanche, la pénibilité, certains types de métiers sont bien évidemment associés à des risques un peu plus importants. Là encore, le travail peut être une cible de cette préparation de grossesse. Il y a parfois (ce n'est pas toujours le cas bien évidemment) la possibilité d'aménager un poste de travail, de plus en plus de proposer des solutions de télétravail ou ce genre de choses pour limiter les transports. Ce sont des solutions qu'il faut essayer de privilégier quand c'est possible. Travailler quand on est enceinte n'est pas forcément une mauvaise chose. Je crois que c'est aussi un message important à faire passer, mais tout dépend de la nature du travail et des facteurs de risques autres.

Fabrice PAPILLON

On est moins isolé, on est dans la vie active, cela peut bien se marier.

Domitille RENAUD, formatrice et dirigeante, centre de soutien à la parentalité Easy Parents (92)

Bonjour. Ce matin nous avons fait le point sur l'environnement de la femme enceinte en situation de précarité, beaucoup. C'est très bien. Moi, j'ai l'occasion de rencontrer des femmes qui ne sont pas en situation de précarité, j'ai beaucoup de chance car je vois que c'est très compliqué pour vous qui êtes en relation avec des femmes qui sont dans une situation bien plus compliquée que celles que je rencontre.

Aujourd'hui, les femmes qui ne sont pas en situation de précarité ont beaucoup de questions auxquelles elles ont du mal à obtenir des réponses. Les professionnels de santé qu'elles rencontrent ont souvent peu de temps à leur consacrer. Elles suivent, comme de bons petits soldats, le suivi médical qui leur est imposé, avec beaucoup d'assiduité, etc., mais il n'empêche qu'elles ne savent pas pourquoi elles font les choses, bien souvent.

Fabrice PAPILLON

Voulez-vous dire que les médecins communiquent peu ?

Domitille RENAUD

Je veux dire que ce matin nous avons aussi parlé de prévention même auprès des femmes qui ne sont pas en situation de précarité, qui se préoccupent de tout cela, qui ont le temps de s'en préoccuper, qui ont les facultés intellectuelles de poser des questions, etc. Elles n'ont pas l'information.

Fabrice PAPILLON

Après, elles vont sur Internet ?

Domitille RENAUD

Et là, on trouve tout et son contraire : beaucoup de désinformation. Je veux dire que les femmes qui ont la possibilité de se préoccuper de ces questions, qui ont envie de s'en préoccuper, d'obtenir des réponses, qui ont les facultés intellectuelles de se poser les questions, n'ont pas de réponses. Bien souvent, les femmes que je rencontre ne savent pas ce que veut dire être immunisé contre la rubéole ou la toxoplasmose, elles ne savent pas les conséquences que cela peut avoir sur l'enfant qu'elles portent. Elles savent qu'elles ne doivent pas manger de viande crue, de légumes ou de fruits pas lavés, mais



une fois qu'elles sont au restaurant, elles se disent : « *Je fais un petit écart, ce n'est pas bien grave.* »

Fabrice PAPILLON

On ne leur parle pas des conséquences peut-être, on ne leur dit pas ce que va impacter la toxoplasmose.

Domitille RENAUD

Voilà. On n'offre pas la possibilité, même aux gens qui pourraient se le permettre, de choisir leur parentalité en connaissance de cause, de faire des choix éclairés parce qu'elles auraient en leur possession toutes les informations, des informations abouties, aussi au sujet de l'automédication, quand on est enceinte ou que l'on allaite.

Fabrice PAPILLON

C'est une grande question aussi : « *J'allaiter, ou je n'allaiter pas ?* »

Domitille RENAUD

Par exemple, je suis maman de trois enfants, je me suis fait opérer des yeux. Le chirurgien m'a absolument interdit de continuer à allaiter après mon opération. C'est une opération en ambulatoire d'une demi-heure, aucune raison que l'on me demande d'arrêter d'allaiter. Des situations comme celle-là, nous en rencontrons au quotidien.

Fabrice PAPILLON

Là, nous sommes juste après la naissance. Non qu'il ne faut pas en parler aujourd'hui, mais nous nous intéressons au contexte de la maman enceinte.

Juste avant que vous parliez, Edith Launay, Mademoiselle vouliez-vous rebondir sur ce qui vient d'être dit ou changer de sujet ?

Noémie SEUX, sage-femme

Il y a un entretien qui est dédié totalement à ce genre de question : l'entretien prénatal précoce que l'on fait parfois précocement à quatre mois, parfois beaucoup plus tard car les patientes n'en ont pas l'occasion. Aujourd'hui, il est encore beaucoup fait à des patientes que l'on cible un peu comme précaires alors qu'en fait, il est vraiment à destination de toutes. Nous abordons toutes les questions qu'elles ont autour de la grossesse, leur entourage familial, leurs inquiétudes, leurs ressentis parce qu'elles vont devoir aller à l'hôpital et c'est un stress en soi pour elles, vraiment une palette très large de questions.

Fabrice PAPILLON

Y compris ces questions très concrètes sur la prévention, la toxo, etc. ?

Noémie SEUX

Un temps beaucoup plus long pour expliquer des choses sur le suivi de la grossesse, pourquoi on fait des échographies, le dépistage, les prises de sang, qu'est-ce que cela veut dire. Nous avons quand même un outil. Est-il très bien utilisé ? Je ne sais pas. Je pense qu'il n'est pas assez fait, mais il existe.

Fabrice PAPILLON

Edith Launay voulait dire la même chose je crois, merci de la réponse à la question.



Docteur Elie AZRIA

Je pense que vous avez tout à fait raison sur la question de l'information. Il faut aussi peut-être se replacer dans une perspective historique. La conférence d'Oviedo, c'est 1998. La loi du 4 mars 2002, comme son nom l'indique, c'est 2002. Placer l'information comme un droit fondamental du patient ou de l'utilisateur de soins, c'est quelque chose qui est très récent. Nous avons un long passé d'une médecine qui ne se portait pas sur ces questions-là et je crois qu'il y a malgré tout un réel progrès.

Fabrice PAPILLON

Contrairement à la médecine chinoise ou asiatique, où la prévention et la prise en compte de ces facteurs étaient centrales et restent centrales.

Docteur Elie AZRIA

Oui. Toujours est-il que le travail que nous faisons dans le sens d'une meilleure information, de la femme enceinte notamment, est un travail malgré tout je pense conséquent. Nous avançons vraiment dans ce sens, dans le bon sens.

Après, qu'il y ait des insuffisances, c'est évident, mais je pense que nous sommes arrivés à un stade où il faut repenser le suivi de grossesse, voire le système de soins et d'accompagnement des femmes enceintes, vu le temps qui nous est imparti pour délivrer les informations – d'ailleurs, l'information n'est pas uniquement délivrer quelque chose, c'est un échange.

Fabrice PAPILLON

Il faudrait recueillir la parole et la comprendre, l'analyser ?

Docteur Elie AZRIA

C'est un dialogue, c'est même une consultation à part entière je pense, mais cela suppose effectivement du temps. On a créé un dispositif qui s'appelle l'entretien prénatal précoce, qui finalement prend en quelque sorte acte du fait que nous sommes incapables de prendre le temps qu'il faut en consultation pour le faire, et l'on ajoute un dispositif supplémentaire. Peut-être faudrait-il repenser les choses différemment et se dire que l'information est un soin, c'est le travail du soignant. Pourquoi le dissocier des consultations ? Cela veut dire repenser le temps de la consultation.

Fabrice PAPILLON

Une dernière question, Bruno Maleine, puis nous prendrons le temps de la pause.

Bruno MALEINE

J'avais une remarque par rapport à vos deux informations. Je ne suis pas sûr que l'information ne soit pas passée. Elle passe, mais comment est-elle reçue ? C'est la difficulté. C'est ce que je disais tout à l'heure : finalement, on nous repose un certain nombre de questions. Parfois je suis surpris que l'on me les pose car je ne suis pas forcément le mieux placé pour répondre. Finalement, je m'aperçois que certainement cela a déjà été expliqué, mais on a vraiment besoin de reformuler et de redonner un certain nombre d'informations avec des mots peut-être différents (je ne suis pas sage-femme ni obstétricien), d'où l'intérêt de travailler avec les autres professionnels de santé.

Fabrice PAPILLON

Merci beaucoup. Un dernier mot ?



Véronique DUFOUR

Ce n'est pas une question, c'est juste pour finir sur la vulnérabilité de la femme enceinte. Un outil de prévention merveilleux, qui se peut se placer en préconceptionnel et en conceptionnel (en plus c'est l'époque), c'est le vaccin. Je pense que le pharmacien a totalement sa place. En préconceptionnel, nous avons notre place. Il faut vraiment y penser en ce moment puisque la grippe est un vaccin pour la femme enceinte, du premier jour au dernier jour. Nous pouvons en parler certes en préconceptionnel autour des enfants plus vulnérables, je pense qu'il ne faut pas oublier la vaccination.

Fabrice PAPILLON

Merci beaucoup. Une pause d'une petite demi-heure et nous enchaînons avec la seconde table ronde de la matinée, avec un focus sur les pays du Sud. A tout à l'heure. Merci à vous tous pour votre participation. Vous restez avec nous, nous comptons sur vous pour les interventions à venir.



L'environnement de la femme enceinte : focus sur les pays du Sud

Table ronde animée par Fabrice PAPILLON, journaliste scientifique

Intervenants :

Docteur Elie Azria, Chef de la maternité Bon Secours, hôpital Saint-Joseph, DHU risques et grossesse AP-HP

Docteur Valérie Briand, épidémiologiste, IRD

Docteur Alexandre Dumont, gynécologue-obstétricien, IRD

Fabrice PAPILLON

Nous enchaînons sur la seconde table ronde de la matinée, la deuxième de la journée, avec toujours nos questions de précarité avec un focus sur les pays du Sud. Deux ou trois informations intéressantes pour faire le lien avec ce qui a été dit ce matin. D'abord, nous avons parlé indirectement des pays du Sud à travers ce témoignage d'Edith Launay qui était tout à fait passionnant, de migrantes notamment venues d'Afrique subsaharienne, ce qui nous permettra assez logiquement d'aller directement sur le terrain nous intéresser à ce qui s'y passe.

Aussi, il y a parmi toutes les manifestations une publication récente autour de la prématurité. Nous avons rappelé que le 17, il y a quelques jours, c'était la Journée mondiale de la prématurité. Une étude a été publiée par le *Lancet*, qui revient sur l'épidémiologie, les chiffres liés à la prématurité, et qui montre que la prématurité est devenue la première cause de mortalité infantile postnatale dans la plupart des pays, dans des conditions un peu différentes. Peut-être Elie Azria pouvons-nous évoquer ce sujet, ce point, avant de passer la parole (je vais les présenter tout de suite) à nos deux participants sur cette table ronde « *Environnement de la femme enceinte : focus sur les pays du Sud* ».

Tout d'abord, le Docteur Alexandre Dumont, gynécologue-obstétricien et chercheur à l'IRD, qui va nous donner un aperçu global sur l'environnement de la femme enceinte dans ces pays, d'un point de vue sociétal, notamment communautaire et familial, et du point de vue santé publique.

Le Docteur Valérie Briand, médecin épidémiologiste à l'IRD, va faire un focus sur le paludisme qui est un de ses sujets d'étude centraux, et à travers le paludisme toutes ces questions qui se posent dans la prise en charge et la prévention de la femme enceinte.

Elie Azria, peut-être un mot en introduction de cette table, sur l'étude du *Lancet*, ou autre chose ?

Docteur Elie AZRIA

Cette publication du *Lancet* qui est toute récente (la semaine dernière) nous montre une réalité à l'échelle planétaire sur cette problématique qu'est la prématurité. Elle montre son importance quantitative et son importance en termes d'impact sur la mortalité néonatale et sur la mortalité avant cinq ans. Elle montre à quel point la prématurité et toutes les conséquences de la prématurité pèsent lourd dans cette addition et cette santé.

C'est une étude réalisée à l'échelle planétaire et qui reflète aussi une réalité très contrastée – la réalité des pays du Sud et des pays occidentaux en général, avec des problématiques qui ne sont pas complètement superposables bien évidemment. La prématurité, dans un certain contexte, dans les pays du Sud notamment, est probablement



de nature un peu différente d'un point de vue épidémiologique, que celle que nous observons dans nos pays, en France ou dans des pays à niveau sanitaire élevé. Une part très importante de cette prématurité n'est pas une prématurité spontanée : c'est une prématurité induite, consentie, dans des situations par exemple de pathologie maternelle qui imposent de faire naître un enfant pour le bien de la maman, ou des pathologies fœtales qui font que l'on propose une extraction fœtale prématurée pour une prise en charge ex utero de l'enfant. Ces résultats sont très intéressants mais nécessitent aussi d'être placés dans leur contexte.

Fabrice PAPILLON

Dans leur contexte culturel, géographique. Cela nous permet d'évoquer ce focus sur les pays du Sud. Nous en reparlerons dans la journée, notamment avec l'expérience sur Dakar au Sénégal et l'expérience Nest for all. Mais d'emblée, Alexandre Dumont, vous qui avez une vision large de cette question sur les pays d'Afrique, notamment centrale, subsaharienne, etc., comment pourriez-vous décrire globalement la situation par rapport à ce qui a été déjà dit ce matin notamment chez nous (partie plus occidentale), des difficultés plus spécifiques et des solutions sur lesquelles, vous, chercheurs, vous travaillez ?

Docteur Alexandre DUMONT

Merci de nous avoir invités. Dans ce débat, lorsque nous regardons les conséquences de la précarité ou de l'environnement sur les femmes enceintes et leurs nouveau-nés, c'est intéressant de regarder ce qui se passe dans des situations encore plus précaires, où l'environnement est encore plus défavorable.

Il y a une inégalité considérable entre le Nord et le Sud, et les impacts sur la santé de cette précarité. Nous ne parlons pas de retard au développement, de choses un peu plus fines. Là, nous parlons de mortalité. Dans ces situations, les femmes et les enfants perdent leur vie. Il y a une mortalité 100 à 200 fois plus élevée en Afrique subsaharienne, lorsque l'on compare certains pays à la France.

Cette situation est liée, nous l'avons dit ce matin, à une grande précarité. Quand nous parlons de précarité en France et que l'on visite les pays du Sud, nous pouvons nous rendre compte assez facilement que si nous avons peut-être 5 % de précarité en France, à la rigueur presque toutes les femmes en Afrique pourraient être jugées dans une situation précaire. Elles n'ont pas de sécurité sociale, certes elles ne sont pas à la rue mais elles ont difficilement accès aux services de santé, elles ont très peu d'autonomie, sont assez souvent illettrées donc peu informées. Cela les met dans des situations de très grande vulnérabilité.

La spécificité dans ces pays tient au fait que ces femmes-là, la plupart du temps, accouchent à domicile, pour plusieurs raisons. Notamment, il y a les habitudes culturelles : dans ces sociétés plutôt traditionnelles, c'est bien vu d'accoucher à domicile. C'est comme cela que les mamans, les grands-mères l'ont fait. Pourquoi pas moi qui vis là, dans ce pays ? Mais aussi parce que les coûts sont élevés. Il n'y a pas de sécurité sociale et les femmes ne perçoivent pas forcément le bénéfice attendu d'aller accoucher dans une structure de santé. Parfois on est mal reçu, et la qualité des soins n'y est pas toujours très bonne. C'est souvent mal perçu par la population. On accouche à domicile.

Cela pose un problème, 50 % d'accouchement à domicile, quand 15 % des grossesses environ se compliquent par un problème de santé assez grave comme une hémorragie. Quand une hémorragie après l'accouchement survient à domicile, on a très peu de temps pour se rendre à l'hôpital et généralement, en deux heures, une femme qui a accouché se vide de son sang et arrive exsangue à l'hôpital. Elle meurt en route ou à l'hôpital. Il y a ce problème d'accouchement à domicile.

Il y a le problème d'accès aux soins. Une grande partie des femmes vivent dans des situations, des contextes où elles sont éloignées des structures de santé. La filière de soins est mal organisée entre le premier échelon et le deuxième échelon. Il n'y a pas



forcément du personnel très qualifié dans les maternités de premier niveau. Il y a un retard à la décision d'évacuer éventuellement s'il y a une complication, il y a un mauvais suivi, et il y a le temps du transport entre le premier échelon et le deuxième échelon. Il faut trouver une ambulance, il n'y a pas d'essence, il faut trouver un taxi, cela prend des heures, et parfois, parce que c'est la saison des pluies ou qu'il y a des problèmes de climat, le temps qui peut durer normalement une heure, dure deux ou trois heures. Enfin, quand on arrive dans ces hôpitaux, ils ne sont pas toujours bien équipés, le personnel n'est pas toujours très compétent et la qualité des soins est souvent très hétérogène, voire insuffisante.

Fabrice PAPILLON

Y a-t-il assez de personnel ? Nous avons vu des pays, je crois que c'était en Sierra Leone avant l'épidémie d'Ebola, où il y avait 51 médecins recensés dans le pays. N'y a-t-il pas aussi un problème d'effectifs pur ?

Docteur Alexandre DUMONT

Il y a un problème d'effectifs, de personnel qualifié. Vous l'avez bien dit : 51 médecins en Sierra Leone, c'est un pays où la situation est exceptionnellement catastrophique mais dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest, au Mali, au Sénégal, au Burkina Faso, nous avons aussi une pénurie de médecins et pas forcément dans la capitale mais en brousse, à la campagne, car la plupart des médecins veulent travailler à l'hôpital où la situation est plus confortable.

Fabrice PAPILLON

A l'hôpital, on n'a pas forcément les moyens, les compétences, le nombre, même, de praticiens. Même quand elle arrive à l'hôpital, elle n'est pas forcément sortie d'affaire, c'est ce que vous voulez dire ?

Docteur Alexandre DUMONT

Elle n'est pas sortie d'affaires. Même si elle arrive avec un certain retard et des complications qui ont déjà duré un peu, avec un stade de complications déjà avancé, elle arrive à l'hôpital où le personnel qui va la recevoir n'a pas forcément les bons réflexes, ne va pas forcément appliquer les protocoles qui sont pourtant connus. Je parle de situations assez courantes. Les obstétriciens qui sont dans la salle les connaissent tous. C'est l'hémorragie du post-partum, la pré-éclampsie, cette histoire d'hypertension pendant la grossesse, ce sont les problèmes de travail dystocique ou prolongé, les problèmes de traitements. Nous les connaissons, ce sont des choses assez simples à appliquer.

Maintenant, le défi est de mettre en œuvre, en temps utile, ces traitements. Un exemple tout bête : une femme qui arrive dans cet hôpital avec une pré-éclampsie, qui fait une convulsion, deux convulsions, n'est pas repérée immédiatement. La matrone ou le personnel peu qualifié qui se situe à l'accueil n'a pas pris les bonnes décisions. On prend du retard, on arrive à un moment où il faut décider de mettre du sulfate de magnésium qui est un médicament réduisant le risque de récurrence de convulsions, faire une césarienne. Rien que faire cet acte de la césarienne, dans des hôpitaux où parfois c'est désorganisé, peut prendre des heures. Là, vous imaginez très bien qu'après deux ou trois convulsions, nous arrivons à des situations où d'abord le bébé est mort, et la maman développe un accident vasculaire cérébral et a très peu de chances de survie.

Fabrice PAPILLON

Nous entendons bien que la question même de la prématurité est quasiment une question rare, secondaire. Nous avons beaucoup d'autres raisons d'avoir d'énormes difficultés, jusqu'à la mort de l'enfant ou de la maman, ou des deux, avant de se poser la question de la prématurité.



Docteur Alexandre DUMONT

C'est vrai mais la prématurité (je suis d'accord avec Elie) est un problème qui pour les pays en développement doit être réfléchi aussi puisque même s'il y a même beaucoup de prématurités spontanées, il y a des traitements que nous connaissons très bien, notamment le fait de donner des corticoïdes avant la naissance. Le gros problème en revanche (vous voyez que ce genre de défi est très particulier à ces pays) : on ne connaît pas l'âge gestationnel. La plupart du temps, on ne sait même pas que la dame va accoucher prématurément puisqu'on ne sait pas quand a commencé sa grossesse.

Fabrice PAPILLON

D'accord. Dans les facteurs de risque pendant la grossesse dans les pays du Sud, les futures mamans étant exposées évidemment à des problématiques particulières à ces pays, il y a évidemment le risque infectieux, notamment le paludisme. Vous, Valérie Briand, vous travaillez plus spécifiquement sur ces questions : les conséquences du paludisme chez la maman et le futur enfant, nous allons parler, et la manière dont vous travaillez pour essayer d'éviter ou de réduire finalement l'exposition à cette infection ?

Docteur Valérie BRIAND

Je rebondis sur ce qu'a dit Alexandre : nous imaginons déjà l'environnement dans lequel vivent les femmes et dans lequel elles peuvent être prises en charge. En plus de cela, elles vont mener leur grossesse dans un environnement infectieux qui peut être particulièrement néfaste pour elles et leur bébé. En particulier, elles sont exposées au paludisme.

Juste pour vous donner un ordre d'idées, nous estimons que dans le monde il y a environ 125 millions de femmes enceintes exposées chaque année au paludisme, et environ 30 millions en Afrique subsaharienne. C'est quelque chose de considérable. Cela représente vraiment un problème à l'échelon de la planète, de santé publique. C'est une infection qui peut être particulièrement délétère pour la maman et pour son fœtus. Pour la maman, cela peut entraîner une anémie chez des femmes qui sont souvent anémiées de façon chronique pour des raisons de carences nutritionnelles, et chez l'enfant cela peut être à l'origine d'une prématurité ou surtout d'un retard de croissance intra-utérin. Ce sont des enfants qui vont naître plus souvent avec un petit poids. On ne parle pas de petit poids pour l'âge gestationnel là-bas (car, comme le disait Alexandre, on a du mal à avoir une idée précise du terme de la grossesse), mais de petit poids de naissance. Ces enfants, comme vous le disiez ce matin, vont avoir une morbidité, une mortalité plus importante dans les premières années de vie et encore plus dans ces pays-là où ils vont être confrontés à un environnement nutritionnel, infectieux, etc., particulièrement difficile.

C'est essentiellement en Asie et en Afrique. En Asie en plus, nous avons des femmes moins exposées à l'infection, qui vont avoir une immunité protectrice moins importante, donc elles s'exposent en plus à un risque de mort fœtale et de fausse couche spontanée. Il y a vraiment des conséquences du paludisme.

Ces conséquences sont d'autant plus graves que la femme est affectée par le VIH. Dans les zones où les deux infections coexistent, le paludisme va avoir des conséquences encore plus importantes. De la même façon, chez une femme qui a un paludisme et qui en plus a une infection par le VIH, l'infection par le paludisme va potentialiser les effets de l'infection par le VIH.

Fabrice PAPILLON

Ce n'est pas juste cumulatif, c'est quasiment exponentiel.

Docteur Valérie BRIAND

Exactement : c'est synergique.



Fabrice PAPILLON

Vous vous focalisez sur les infections palu primaires, les fameux cumuls de ces co-infections. Est-ce une des principales causes de prématurité ? Cela oblige-t-il parfois à faire naître les enfants avant ?

Docteur Valérie BRIAND

En Afrique subsaharienne où il y a l'essentiel des cas, cela va plutôt être à l'origine de retards de croissance intra-utérins. Un peu de prématurité aussi, mais comme le disait Alexandre, on a du mal à faire le diagnostic. En revanche, nous estimons que 300 000 enfants de moins d'un an meurent chaque année à cause d'un petit poids de naissance lié au paludisme.

Fabrice PAPILLON

Cela représente quel pourcentage du nombre de naissances ? A-t-on une idée ?

Docteur Valérie BRIAND

Je dirais environ 10 %.

Fabrice PAPILLON

C'est énorme, surtout que nous pourrions l'éviter. Il y a des moyens de prévention assez simples.

Docteur Valérie BRIAND

Tout à fait. Il est recommandé en Afrique subsaharienne aux femmes de dormir sous moustiquaire pendant toute la grossesse, ce qu'elles ne font pas forcément. Ou alors, la moustiquaire est utilisée uniquement pour le petit enfant qui vit avec elles ou pour protéger le champ qui est à côté de la maison. A partir du moment où elles arrivent en consultation prénatale au deuxième trimestre, on leur administre un médicament à visée préventive. Elles le prennent même si elles ne sont pas affectées. C'est ce qui s'appelle le traitement préventif intermittent. On leur demande de le prendre de façon systématique puisque notamment en Afrique subsaharienne une femme infectée par le paludisme le plus souvent n'aura pas de symptômes. Comme elle a rencontré le parasite régulièrement pendant son enfance et son adolescence, elle a développé une immunité qui lui permet de contrôler un peu la maladie. Il faut prévenir la maladie, la traiter bien sûr quand il y a des symptômes, mais la prévenir.

Le problème est que ces deux mesures de prévention, moustiquaire et prises de médicaments pendant la grossesse, ne sont pas appliquées de façon optimale.

Fabrice PAPILLON

Ce n'est pas quelque chose que font spontanément les femmes enceintes. Ce médicament, il faut qu'elles aillent jusqu'à un dispensaire ou un centre de santé pour se le procurer.

Docteur Valérie BRIAND

Oui, il faut qu'elles aillent en centre de consultation prénatale pour le prendre.

Fabrice PAPILLON

Cela leur coûte de l'argent ?



Docteur Valérie BRIAND

Oui. Normalement, c'est un médicament subventionné et qui est censé être relativement gratuit pour les femmes, mais elles doivent quand même payer la consultation prénatale. Il y a des femmes qui ne le reçoivent pas.

Fabrice PAPILLON

Est-ce une prise régulière ou une seule prise suffit-elle au début ou en milieu de grossesse ?

Docteur Valérie BRIAND

Maintenant, ce qui est recommandé, c'est à chaque consultation prénatale : idéalement, chaque mois.

Fabrice PAPILLON

Nous voyons bien que cela ajoute une difficulté quotidienne quasiment.

Alexandre Dumont nous avons un focus, nous y reviendrons, sur le paludisme, très précis, très concret. Nous avons parlé de co-infection, nous sommes vraiment confrontés à ce que peut être ce contexte de difficultés, y compris médicales, pendant la grossesse. Quels sont les autres facteurs, au-delà des particularités culturelles, du manque de tout, ce que vous avez parfaitement décrit, du point de vue de la santé publique, des maladies, de l'exposition ? Nous parlions aussi tout à l'heure d'alcool, de drogue, etc. Quels sont les autres facteurs qui aggravent la situation de ces mamans ?

Docteur Alexandre DUMONT

Je reprends un peu le modèle sur lequel je vous expliquais tout à l'heure le surcroît de mortalité maternelle et périnatale dans ces pays : c'est essentiellement le retard de la prise en charge des urgences obstétricales. Ce sont des choses bien connues et sur lesquelles nous savons agir. Il y a trois retards qui expliquent une grande partie de ces morts maternelles et périnatales.

Le premier retard est celui de décider d'aller chercher des soins lorsque j'ai un problème. Cela paraît un peu simple, mais dans certains contextes, les femmes ne reconnaissent pas les signes d'alarme donc ne décident pas d'aller chercher des soins. J'ai vu notamment des cas de femmes très jeunes (16 ou 17 ans) qui convulsaient dans la case et la famille pensait qu'elle avait juste été maraboutée ou qu'il y avait une sorte de sorcellerie qui faisait convulser. On n'est pas allé chercher des soins mais un marabout pour la désensorceler en quelque sorte.

Deuxième retard : une fois que j'ai décidé d'aller chercher des soins, il faut que je me rende dans une formation sanitaire. Le temps de transport.

Le troisième retard est ce que l'on a dit tout à l'heure : quand j'arrive dans la structure, le temps de recevoir des soins appropriés.

Il y a différentes façons de traiter ces problèmes-là.

Le premier problème, ce sont surtout des actions communautaires. Nous allons essentiellement travailler avec des agents de santé communautaire, ce que l'on appelle chez nous les travailleurs sociaux, les assistantes sociales. Là, ce sont vraiment des gens qui vont dans les villages, informer les femmes, organiser des groupes de femmes, des sortes d'associations aussi parfois de femmes qui vont même faire des services à domicile, soit de conseil, soit même, au moment de la grossesse, pas de vraies consultations prénatales mais au moins quelques petites actions utiles comme donner du fer, donner du traitement intermittent pour le palu. Des expériences ont été faites dans le monde et c'est efficace, mais c'est efficace essentiellement sur la santé du nouveau-né. Cela réduit de 25 % en gros la mortalité du nouveau-né, mais cela a peu d'action sur la mère.



Fabrice PAPILLON

Et ces personnes relais ne sont pas médecins ou professionnels de santé. Elles ont été formées par des professionnels, elles sont devenues une sorte de référentes, elles le font je crois avec énormément d'abnégation, de passion, elles vont de village en village, dans la brousse ? Elles ont leur petite valise et leurs petits produits ?

Docteur Alexandre DUMONT

On appelle cela, dans certains pays, des relais communautaires. Cela peut être simplement des femmes qui ont déjà accouché et qui sont volontaires pour faire ce genre de choses.

Après, il y a la situation un peu ambiguë des matrones, les accoucheuses traditionnelles qui traditionnellement accouchent les femmes dans les villages. C'est très difficile de faire changer ces comportements car on sait très bien qu'accoucher dans un village, à domicile, n'est pas la situation la plus avantageuse pour la femme. Le problème est que ces accoucheuses traditionnelles sont payées pour ce qu'elles font : l'accouchement à domicile. Il y a tout un mouvement pour essayer d'amener ces accoucheuses traditionnelles, ces matrones, à faire plutôt un travail de travailleur social, plutôt agir sur les facteurs sociaux, l'éducation et la santé.

Fabrice PAPILLON

Tout l'environnement qui doit garantir une grossesse plus réussie, plus sereine, comme en Occident ? Ce sont les mêmes préoccupations, dans d'autres contextes ?

Docteur Alexandre DUMONT

C'est bien moins organisé que chez vous, on n'a pas de système de PMI ou de travailleurs sociaux. Au Pakistan, au Bangladesh, il y a eu des expériences extrêmement concluantes là-dessus. Des chercheurs et des équipes ont monté des programmes extrêmement performants. Encore une fois, on diminue la mortalité néonatale mais la mortalité maternelle est peu touchée.

Fabrice PAPILLON

Il y a quand même un savoir-faire familial : en Afrique on vit ensemble, on a les mères, les grands-mères, on reconnaît les choses spontanément, on se soigne quasiment instinctivement, non ?

Docteur Alexandre DUMONT

Effectivement, il y a un gros potentiel à ce niveau-là, il y a une solidarité naturelle au niveau communautaire et tout le défi est de pouvoir utiliser ces compétences sociales et communautaires pour amener à faire le lien avec le système de santé.

Fabrice PAPILLON

Elie Azria, voulez-vous dire un petit mot, un commentaire ?

Docteur Elie AZRIA

Tout à fait. Je crois qu'une problématique a été évoquée par Valérie (la problématique du VIH) et illustre aussi très bien tous ces phénomènes. Déjà, elle illustre clairement l'inégalité Nord-Sud qu'il peut y avoir, dans le sens où il y a clairement un problème de dépistage en amont de l'infection, qui change complètement la donne. Quand on le sait ou quand on ne le sait pas, ce n'est pas du tout la même chose. Et puis l'accès aux traitements antirétroviraux pour la femme enceinte. En France, on propose par exemple un dépistage systématique en début de grossesse de l'infection VIH et nous savons très clairement que le contrôle de la charge virale liée à des antirétroviraux permet de réduire



de façon considérable puisque l'on passe de 20 à 25 % de transmission mère-enfant spontanée à moins de 1 %.

Fabrice PAPILLON

Nous pouvons avoir quasiment une disparition de l'infection.

Docteur Elie AZRIA

Voilà. De la même façon, les problématiques d'accès au dépistage puis d'accès aux molécules qui sont chères, avec des enjeux commerciaux (il y a eu des accords, on fait des progrès) et avec l'importance de ces relais communautaires dans les programmes de dépistage qui peuvent être mis en place dans différents pays africains, illustrent très bien ces problèmes. Là aussi, nous sommes dans une pérennisation. Les mamans infectées, en plus, ne bénéficient pas toujours de la solidarité communautaire dans le sens où dans certains endroits, l'affection est très stigmatisante et les exclut de fait de la communauté. Elles se retrouvent très seules, avec des enfants parfois infectés.

Fabrice PAPILLON

Nous parlons d'efforts, d'accords, notamment avec les big pharma, quand il a fallu mettre à disposition les trithérapies à prix coûtant, voire gratuitement. Là, nous parlons de l'épidémie d'Ebola dans trois des pays d'Afrique de l'Ouest avec plus de 10 000 cas, 5 000 morts, et évidemment la destruction du petit tissu sanitaire qui existait. Nous parlions de la Sierra Leone mais c'est vrai aussi du Liberia notamment. Sans être dans une vision colonialiste, il y a quand même une attente vis-à-vis de l'Occident, y compris via des fondations comme celle de Bill et Melinda Gates. Dans le quotidien de ces femmes, notamment en cas de susceptibilité ou d'infection au VIH qui est un sujet très regardé par ces fondations, voit-on une amélioration, un apport concret au niveau de l'Occident ?

Docteur Alexandre DUMONT

Vous savez, dans ces pays, il y a énormément de programmes de santé soutenus par les partenaires de ces fondations. Les politiques de santé même sont définies en fonction de ces partenaires. Cela peut avoir un avantage, mais aussi un inconvénient : de temps en temps, les politiques de santé vont dans le sens des bailleurs, ce qui les arrange. Très longtemps en Afrique par exemple, on a mis énormément d'argent sur la planification familiale, ce qui est très bien, mais on avait complètement oublié la prise en charge des femmes enceintes et notamment des complications obstétricales.

Je me souviens du temps où je travaillais au ministère de la Santé au Sénégal, j'étais dans mon bureau. A côté, il y avait mon collègue américain qui fonctionnait avec des millions de dollars et moi, à la Coopération française, j'avais quelques milliers de francs. Lui faisait de la planification familiale. Il aurait pu faire plein d'autres choses.

Fabrice PAPILLON

Pareil pour le paludisme. On a souvent reproché aux big pharma et aux politiques de recherche publique de ne pas investir sur la recherche, notamment sur le vaccin. Il y en a un chez l'enfant, un deuxième qui arrive, GSK. Je crois que celui de GSK a mis trente ans à être validé. N'y a-t-il pas un retard parce que c'étaient des maladies du Sud ?

Docteur Valérie BRIAND

Pour la femme enceinte, c'est un peu particulier. Les vaccins développés pour la prévention du paludisme chez l'adulte et l'enfant ne peuvent pas être utilisés chez la femme enceinte. Le paludisme de la femme enceinte est un paludisme particulier. Les parasites, sans entrer dans le détail, vont avoir la capacité de s'accrocher au placenta (ils sont sélectionnés de cette façon-là) et ensuite de gêner les échanges entre la maman et le fœtus et de générer tout ce que nous avons dit : retards de croissance, etc.



Des équipes, notamment l'équipe de Philippe Deloron, travaillent au développement d'un vaccin spécifique pour la femme enceinte qui résoudra probablement un certain nombre de problèmes. Comme je le disais, que ce soit la moustiquaire ou le traitement préventif intermittent, 30 % des femmes seulement sont couvertes par les mesures recommandées. Pas parce qu'elles ne vont pas en consultation prénatale. Elles viennent en consultation prénatale mais tardivement, vers cinq mois de grossesse. Et pour tout un tas de raisons, de facteurs individuels mais aussi institutionnels, le problème peut venir aussi des sages-femmes qui n'ont pas très bien compris les recommandations, de la disponibilité du médicament à l'hôpital, ou des mesures qui ne sont pas appliquées comme elles le devraient.

L'idée de ce vaccin est de cibler des femmes avant grossesse, en âge de procurer, qui pourraient être vaccinées et protégées dès le début de la grossesse et probablement de façon plus efficace qu'actuellement.

Fabrice PAPILLON

Très bien. Nous sommes à peu près à la moitié de ce temps de réflexion sur les pays du Sud. Je vous propose comme tout à l'heure de prendre la parole, de faire toutes les remarques, poser des questions, les réflexions que vous auriez à ce sujet.

Sylvie BERTRAND, puéricultrice coordinatrice en PMI (94)

Bonjour. Je voudrais que vous nous expliquiez un peu si vous aviez des indications concernant l'impact des mutilations sexuelles et des grossesses extrêmement précoces dans ces pays-là, autour de la prématurité.

Docteur Alexandre DUMONT

Les mutilations sexuelles en Afrique subsaharienne sont encore fréquentes dans pas mal de pays.

Fabrice PAPILLON

Nous parlons d'excision.

Docteur Alexandre DUMONT

Oui, d'excision. Au Sénégal il y a quelques années, une loi a interdit l'excision mais comme toute loi, elle n'est pas forcément appliquée. Cette excision a un impact sur la santé de la mère, c'est clair, notamment au moment de l'accouchement, notamment des déchirures périnéales qui peuvent être plus sévères et donc engendrer plus d'hémorragies du post-partum. C'est la première cause de mortalité chez les femmes. L'impact de ces mutilations sur la santé est connu. Après, nous pouvons nuancer un peu car les mutilations dans certains pays sont plus ou moins sévères. Il peut y avoir des excisions totales ou partielles, et cela varie énormément en fonction des endroits et même de ceux qui pratiquent l'excision.

Docteur Valérie BRIAND

Juste, Alexandre, ajouter peut-être que c'est quelque chose qui est caché par les femmes.

Docteur Alexandre DUMONT

C'est caché par les femmes. Il y a des mamans qui, pour leur fille, voudraient éviter cela et ne le peuvent pas car elles ont une pression sociale très importante.



Fabrice PAPILLON

Donc les grossesses très précoces, des très jeunes filles adolescentes, treize à quinze ans ?

Docteur Alexandre DUMONT

C'est lié aux mariages précoces dans ces cultures. Vous connaissez tous certainement la courbe de la mortalité maternelle. Elle fait un U. Le risque est très élevé en dessous de seize ans et augmente aussi après 35 ans. Forcément, une grossesse chez les adolescentes est une grossesse très à risque, en grande partie parce que justement, mal informées des complications, des signes d'alarme. Je vous parlais de l'histoire de cette jeune fille de seize ans qui est morte chez elle, qui a fait une éclampsie et personne ne s'est rendu compte de rien.

Fabrice PAPILLON

Juste une toute petite question puis je vous passe la parole. Avez-vous le sentiment d'une situation stable dans la gravité de ce que vous dépeignez, d'une légère amélioration ou d'une aggravation ? Avez-vous un sentiment sur l'évolution des choses ?

Docteur Alexandre DUMONT

Il ne faut pas être pessimiste. Il y a une amélioration ces 25 dernières années. Entre 1990 et 2015, la plupart des Etats ont eu comme objectif de diminuer la mortalité maternelle et néonatale. Cela s'appelle les objectifs du développement pour le millénaire. Dans certains pays, la mortalité maternelle a diminué de façon assez marquée, notamment pays du Maghreb, certains pays d'Asie du Sud-Est aussi. En Afrique subsaharienne, certains pays aussi ont amorcé une diminution de la mortalité maternelle, d'autres non, pour des raisons politiques et politico-militaires même. Quand on regarde par exemple l'évolution de la mortalité maternelle en Côte d'Ivoire, elle a commencé un peu à diminuer et au moment où il y a eu la guerre, c'est remonté ou cela s'est stabilisé. Au Mali, c'est resté stable depuis quinze ans.

Domitille RENAUD

J'avais une petite question sur la courbe dont vous parliez à l'instant. Je voulais savoir si c'était une courbe qui concernait les pays sur lesquels nous étions en train de faire un focus ou si cela concerne aussi la France.

Fabrice PAPILLON

Le U avant seize ans et après 35 ans.

Docteur Alexandre DUMONT

C'est universel.

Domitille RENAUD

Je voulais savoir les raisons qui faisaient que c'était plus compliqué d'avoir un enfant précocement. Que pourrait-on dire aux jeunes filles en France aujourd'hui ?

Fabrice PAPILLON

Qui vous viendraient vous voir alors qu'elles n'ont pas encore seize ans ?

Docteur Alexandre DUMONT

En France, je pense que la situation est un peu différente dans le sens où même les adolescentes sont mieux prises en charge, en particulier par le réseau des PMI et à l'hôpital. C'est une grossesse qui est quand même considérée comme une grossesse à



risque. On va être un peu plus vigilant. L'adolescente a un peu plus de risques qu'une femme après vingt ans, mais pas tellement plus. Elie, tu me diras si c'est vrai. En France, je ne pense pas que ce soit un surrisque très important.

En Afrique, dans certains pays en développement, le risque va être beaucoup plus lié justement à la précarité, au manque d'information et à la peur aussi du système de santé. Ces jeunes femmes que j'ai rencontrées, de temps en temps ne veulent pas aller à l'hôpital, ne veulent pas aller dans une formation sanitaire, elles ont la trouille.

Fabrice PAPILLON

Elles sont trop jeunes, elles veulent rester en famille plus que d'autres.

Docteur Valérie BRIAND

Elles cachent aussi leur grossesse si elles ont quatorze ou quinze ans. Elles feront en sorte que leur entourage ne soit pas au courant, donc elles iront en consultation assez tard.

Fabrice PAPILLON

Même dans ces pays, cela reste exceptionnel malgré tout ?

Docteur Valérie BRIAND

Non, ce n'est pas exceptionnel du tout.

Fabrice PAPILLON

Cela a beau être plus « classique », on les cache quand même ?

Docteur Valérie BRIAND

Oui.

Docteur Elie AZRIA

En France, la grossesse chez l'adolescence existe aussi. C'est une situation heureusement rare mais pas exceptionnelle non plus. Il y a des populations particulièrement touchées, c'est le cas particulièrement des populations roms où la grossesse avant seize ans, quinze ans, est loin d'être exceptionnelle. Finalement, les problématiques (c'est ce que vous dites) sont assez proches, ce sont des situations d'isolement majeur de ces jeunes filles qui souvent cachent leur grossesse et, pour les Roms, qui sont en plus dans un système de précarité extrême. Effectivement, probablement par des mécanismes très différents les uns des autres, elles se retrouvent dans des situations de grossesse à très haut risque.

Fabrice PAPILLON

Si elles viennent vous voir, c'est plutôt bon signe, elles ont fait un pas pour se sortir de cet isolement ou du fait de cacher la grossesse. Autre question ?

Marie-Astrid MACHUKA, sage-femme, coordinatrice réseau NEF

Bonjour. Je voulais rappeler que la mortalité maternelle comprend aussi les grossesses non désirées qui se terminent par des avortements provoqués avec (dans certains pays où cela n'est pas légal d'avorter) des conditions comme vous le savez très délétères pour les femmes en termes de mortalité et de séquelles après le geste d'avortement. Dans les pays où c'est quand même autorisé, c'est toujours très stigmatisé. Les grossesses chez les adolescentes ou chez les très jeunes femmes, on peut imaginer aussi que ce soient des grossesses pas forcément désirées.



Fabrice PAPILLON

Surtout à cet âge-là. Nous pouvons nous en douter. Même si ce sont des mariages forcés, ce n'est pas désiré non plus : nous ne parlons pas que du viol, de la situation d'agression manifeste.

Marie-Astrid MACHUKA

C'était juste pour apporter cet éclaircissement.

Fabrice PAPILLON

Avez-vous un commentaire sur ces situations particulières ?

Docteur Alexandre DUMONT

Non, c'est vrai : l'avortement provoqué ou dans des conditions de non-asepsie effectivement est une cause de mortalité maternelle dans le monde. Je crois que cela représente 10 à 15 % de la mortalité.

Marie-Astrid MACHUKA

Et l'on a beaucoup de mal à estimer le nombre, c'est quelque chose que la femme ne dira pas.

Fabrice PAPILLON

Cela se fait dans le secret, en général. C'est ce que l'on a pu connaître notamment en France dans une période pas si lointaine, avant que l'avortement soit légal.

Avez-vous d'autres questions ? Allons-y.

De la salle

Pour prolonger et dans le thème, dans les causes de mortalité il y a aussi les grossesses extra-utérines qui ne sont pas diagnostiquées et qui sont, quand on les laisse évoluer, dramatiques.

Le deuxième point : il y a les grossesses cachées mais aussi des grossesses déniées. Le déni de grossesse n'existe pas que dans les pays développés.

Fabrice PAPILLON

Cela fait de gros faits divers. Sur le déni, avez-vous un commentaire ou était-ce juste une réflexion ?

Benjamin CORNET, sage-femme

Nous parlons des pays du Sud, je voudrais parler des pays émergents. Je pense par exemple à des villes comme Bangkok ou Pékin qui sont vraiment très polluées au niveau de l'air atmosphérique. Pour la population générale, on s'est rendu compte que cela avait un gros impact sur la mortalité prématurée et je voulais savoir si justement au niveau des femmes enceintes et aussi de la prématurité, cela avait un impact et si des études internationales travaillaient là-dessus.

Fabrice PAPILLON

Nous le disions tout à l'heure : la pollution de l'air extérieur, ce sont 3,5 millions de morts par an et une concentration forte en Asie. Avons-nous des études là-dessus ? Pas spécialement, en tout cas pas sous la main ? Pas de réponse ? C'est à regarder dans la bibliographie et c'est peut-être en cours car ce sujet émerge. Même s'il est très prégnant dans ces pays, il n'est pas forcément très regardé encore.



Célestine BADIANE, coordinatrice réseau REVHO

Je pensais à la fragilité que les patientes africaines peuvent avoir, du fait de ne pas réguler et espacer les naissances. Je sais qu'en Afrique c'est très fréquent, des mamans qui tombent enceintes juste après le premier enfant et qui se fient au fait qu'allaiter prolonge la contraception, donc forcément retombent enceintes assez rapidement. L'avortement étant interdit, on se retrouve avec des patientes qui font des enfants de manière très rapprochée. Je me demandais si cela ne fragilisait pas la santé de la mère et aussi finalement la santé de l'enfant.

Docteur Alexandre DUMONT

Oui, c'est clair que des grossesses très rapprochées dans le temps augmentent le risque d'hémorragie post-partum, de complications pendant les grossesses. Le problème dans ces pays est que moins de 10 % des femmes consultent en postnatal, or c'est vraiment le moment privilégié pour pouvoir aborder la question de la contraception après l'accouchement. Des études en cours essaient d'y remédier, mais on ne sait pas trop pourquoi si peu de femmes viennent en consultation postnatale alors que presque 90 %, y compris en milieu rural, des femmes consultent en prénatal, au moins une fois. Pourquoi ne consultent-elles pas en postnatal ?

Fabrice PAPILLON

Elles pensent qu'elles ont « passé la difficulté ».

Docteur Alexandre DUMONT

Nous en parlions un peu ce matin : quand je ne suis pas malade, je ne vais pas consulter. Quand je suis enceinte, j'ai un peu peur. Dans une fratrie, dans un ménage (je parle de mortalité maternelle), le risque cumulé pour une femme, pendant toute sa vie, qui vit en Afrique subsaharienne, de mourir des suites d'une complication de la grossesse ou de l'accouchement est de 1 sur 20 à peu près. En France, il est de 1 sur 5 000 ou 6 000. Vous voyez la différence.

1 sur 20, cela veut dire que dans un ménage ou dans une famille un peu élargie, une femme en connaît forcément une autre qui est morte pendant sa grossesse ou à l'accouchement. Donc elle a un peu la pétoche. Elle se dit que cela peut lui arriver. Elle va consulter en prénatal puisqu'elle pense que cela va lui être utile. Elle ne va pas forcément aller accoucher à l'hôpital ou dans une formation sanitaire pour les raisons que je vous ai expliquées et après l'accouchement, si elle est vivante et que tout va bien, finalement elle se dit : « *On verra plus tard.* » Le postnatal, c'est un gros problème et nous sommes en train de travailler sur le continuum de soins, sur des interventions qui aideraient à améliorer cette fréquentation du post-partum.

Fabrice PAPILLON

Sachant qu'il y a évidemment la question du coût. Nous en reparlerons cet après-midi : entre 450 et 600 euros au Sénégal, vous nous direz cela en détail, ce n'est pas à la portée de tout le monde quand on n'est pas fonctionnaire, que l'on n'a pas une couverture sociale ou complémentaire de prise en charge.

Docteur Valérie BRIAND

La consultation prénatale, la seule à laquelle elles vont, est la toute première. Elles n'y vont pas pour elles mais pour leur enfant, parce qu'il y a la vaccination. Ensuite, les femmes sont perdues.

Fabrice PAPILLON

Elles ne reviennent plus.



De la salle

Je voudrais ajouter qu'il y a des évolutions à noter du point de vue de la contraception. J'ai été étonnée de voir, dans le cadre de voyages au Sénégal par exemple, qu'il y a de grands panneaux d'affichage sur quelques méthodes de contraception, des fois des méthodes dites « naturelles » uniquement (c'est toujours mieux que rien) et aussi la place de l'homme dans tout cela. La maternité a toujours été le domaine de la femme et de plus en plus sur ces panneaux, je vois bien qu'ils parlent du conjoint également à inclure dans le projet de contraception. Il y a des évolutions.

Fabrice PAPILLON

C'est bien : même en France, il y a parfois encore du boulot, c'est bien que cela se produise aussi en Afrique. D'autres remarques ?

Tram NGUYEN-TRINH, dirigeante entrepreneure dans l'e-santé

J'ai une question. Au départ, vous avez mentionné une plus grande mortalité des femmes due à l'accès aux établissements de soins et aussi aux professionnels de santé. Egalement, vous avez mentionné le rôle des travailleurs sociaux communautaires. En fait, j'ai l'impression que dans certains pays d'Afrique subsaharienne, il y a aussi l'utilisation grandissante des technologies mobiles. Je voulais savoir comment, de votre expérience, ces travailleurs sociaux communautaires utilisent cela dans le cadre de la prévention, du suivi, ce qui permet peut-être d'éviter cette peur.

Fabrice PAPILLON

Ils seraient peut-être plus à même d'être informés directement et d'être en lien via les technologies ?

Docteur Alexandre DUMONT

Effectivement, il y a un grand boum actuellement sur tout ce qui est e-santé, santé en lien avec les nouvelles technologies de la communication. Beaucoup le portable. On constate actuellement que dans ces pays, il y a un nombre d'abonnés absolument incroyable et que presque toute la population est connectée avec un portable. Il y a énormément de programmes en lien avec le portable, même des choses assez technologiquement évoluées : le travailleur social va à domicile, voit une femme enceinte, lui prend la tension avec un petit appareil automatique qui affiche le chiffre tensionnel (c'est beaucoup plus simple que de le faire avec la poire comme dans les hôpitaux, on n'en a plus maintenant). Il a son iPhone ou son smartphone, il indique la prise tensionnelle. Il fait la bandelette urinaire, il met tout cela dans le programme, si la femme a mal à la tête, etc., et le truc lui sort un risque de développer une pré-éclampsie grave ou pas grave et, dans ce cas-là, s'il faut référer la patiente dans les quatre heures ou plutôt en urgence différée. Tout cela est transmis directement à l'hôpital, l'équipe est prévenue et évacue la femme avec le médicament qu'il faut, etc. Il y a des applications extrêmement concrètes de cette médecine basée sur le portable. C'est un exemple.

Fabrice PAPILLON

C'est formidable, cela, non ? Réellement.

Docteur Alexandre DUMONT

Réellement. Mais c'est en cours d'expérimentation. C'est dans le cadre de financements, Bill Gates et tout cela, on va certainement prouver l'efficacité de ce dispositif mais après il faut pouvoir étendre car cela a un coût. Imaginez : il faudrait que tout le monde soit équipé d'un smartphone, ce n'est pas possible. Mais on réfléchit à des systèmes comme cela. C'est beaucoup moins coûteux que d'amener un petit camping-car ou un truc tout équipé, un hôpital de brousse sur roulettes, c'est beaucoup plus simple.



Fabrice PAPILLON

Excellente question.

Maryse HANIA, consultante en entreprise, formatrice

Le domaine de l'éducation et de la pédagogie me touche profondément. Je voudrais poser la question : quelle action peut-on mener collectivement pour jouer sur la prévention, pour jouer aussi sur toutes les techniques ? Vous aviez parlé des smartphones, il y a aussi la force de l'image pour certaines personnes par exemple qui sont illettrées, pour faire passer des messages, soit de prévention, soit à titre éducatif. Je voulais savoir comment on peut agir, pour ne pas rester juste sur le domaine de l'information (qui est important, qui nous fait prendre conscience), comment on peut créer une chaîne de solidarité entre femmes. Bien sûr vous avez parlé des hommes, la maternité ne concerne pas que la femme : quelle action pouvons-nous mener tous ensemble ?

Fabrice PAPILLON

De manière plus ludique, plus efficace, avec des images, de la vidéo ? Aujourd'hui, nous sommes beaucoup dans l'image animée. Les téléphones ou smartphones peuvent être vecteurs. Y a-t-il des choses ?

Docteur Alexandre DUMONT

Les gens qui vivent en Afrique, en particulier en milieu rural, n'ont pas tous la télé. L'image, c'est un peu plus difficile. Je parlais du téléphone portable, il y a pas mal d'expériences : envoyer des textos, des rappels, notamment si une femme enceinte vient consulter dans un poste de santé, on prend son numéro, on lui envoie régulièrement des textos.

Fabrice PAPILLON

Encore faut-il savoir lire.

Docteur Alexandre DUMONT

Encore faut-il savoir lire, tout à fait. Des expériences assez nouvelles se développent notamment au Burkina Faso, un numéro vert. Les gens peuvent appeler sur ce numéro et peuvent laisser un message. Mais aussi, en fonction de l'information qu'ils viennent chercher, en tapant 1, en tapant 2, on peut leur donner un peu d'information sur le sujet qui les préoccupe.

Pour rebondir sur ce que vous disiez tout à l'heure, pour Ebola par exemple, on a fait appel à une équipe que je connais, qui travaille au Burkina Faso, pour la population en général, pour justement développer ce numéro vert dans les trois pays touchés. Les hôpitaux sont débordés, on est en train de penser à traiter les gens dans leur environnement, chez eux directement, grâce aux portables, à ce numéro vert. Pour l'instant, les moyens un peu originaux et novateurs, c'est cela. Après, je ne suis pas un spécialiste de tout ce qui est techniques de la communication, mais en gros c'est ce que j'ai entendu.

Fabrice PAPILLON

Il y a les téléphones mais parfois il leur manque de l'eau potable, du savon, des choses extrêmement élémentaires. Nous parlons d'Ebola mais en général, en termes sanitaires, c'est catastrophique. Il y a beaucoup de choses à faire.

Docteur Valérie BRIAND

Comme tu dis, ces moyens qui sont en train d'être testés, évalués sur le terrain sont une très bonne chose, mais je pense qu'il faut aussi évaluer l'acceptabilité des femmes. Si



on leur propose quelque chose de très innovant comme cela, que ce soit de l'informatique très technique, électronique, il faut voir si elles acceptent cela.

Fabrice PAPILLON

Il y a parfois aussi un peu de méfiance quand cela vient de l'Occident, que l'on veut leur proposer quelque chose qui vient dans un état d'esprit un peu postcolonial. On se méfie, on voit cela dans les villages : on ne prend pas forcément la technologie ou les propositions spontanément.

Docteur Alexandre DUMONT

Notamment les histoires de textos et les problèmes de confidentialité. Le téléphone n'appartient pas forcément à la femme mais à la maison, à la concession, et on peut facilement consulter les textos.

Philippe DELORON, chercheur à l'IRD

Sur ce focus sur les pays du Sud, je voulais attirer l'attention sur une chose : il y a plusieurs pays du Sud et tout n'est pas forcément similaire. Mais aussi il y a plusieurs Sud. Les zones urbaines ou les grandes villes africaines essentiellement, ou asiatiques, reposent sur une économie et sur des facteurs socioculturels qui ne sont pas si différents que cela de ce que l'on connaît en Occident. On y trouve des structures de santé très bien équipées, avec des gens qui sont soit fonctionnaires, soit salariés, mais qui en tout cas gagnent de l'argent, avec des panneaux publicitaires qui (comme disait Madame) donnent des messages de prévention.

Dans les zones rurales, on se retrouve dans une structure complètement différente, avec une économie quasi démonétisée, avec les notions de tradition dont parlait Alexandre, beaucoup plus importantes que dans les villes, pas de structure de santé à proximité, des structures relativement loin et très mal équipées à la fois en hommes et en matériel. La situation est très différente entre ces deux contextes.

Fabrice PAPILLON

C'est le jour et la nuit. Il faut s'être rendu en Afrique une fois ou deux pour le mesurer. On comprend bien ce que vous voulez dire et l'on mesure la difficulté d'accéder à ces mères-là. D'autres questions ou remarques ?

Jean BARRERE, apprenti journaliste (Centre de formation des journalistes)

Vous parliez tout à l'heure du maraboutisme. Je me demandais si vous aviez des chiffres, si cela entravait le recours aux services de santé dans l'Afrique subsaharienne. Pourriez-vous un peu développer cette question ?

Docteur Alexandre DUMONT

Nous avons mené une étude, pas une grande étude mais sur environ 200 décès maternels dans une région plutôt rurale, au Mali, dans la région de Kayes, où nous avons essayé de regarder les délais associés aux trois délais dont je vous ai parlé.

Ce qui est assez étonnant : la moitié environ des décès sont liés au troisième délai, à un problème de qualité des soins, d'organisation des services. Cela fait un peu réfléchir. Finalement, la priorité est d'améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux. Après, la moitié des décès est liée aux délais 1 et 2, mais particulièrement au délai 1 (environ je crois 30 %). Sur ces 30 %, effectivement nous ne sommes pas allés en détail pour répondre à votre question de la place du religieux, mais une grande partie était liée à la méconnaissance des signes, parfois aussi au refus du système de santé. C'était clairement exprimé au niveau du ménage (on n'interrogeait pas la femme puisqu'elle était décédée, mais son entourage). J'ai revu ces 200 décès personnellement. Sur les 200 cas, de mémoire, je pense avoir vu dans une vingtaine de cas des histoires liées au religieux.



Fabrice PAPILLON

10 %.

Docteur Alexandre DUMONT

C'est à vérifier.

Docteur Valérie BRIAND

Cela explique aussi en partie pourquoi les femmes ne consultent pas au premier trimestre de la grossesse mais se rendent à la maternité vers quatre ou cinq mois. Les trois premiers mois, ce ne sont pas toutes les femmes (comme le disait Philippe, plus en zone rurale qu'en zone urbaine), mais il ne faut pas que l'entourage ait connaissance de la grossesse car le risque est que l'on jette un mauvais sort et que la femme fasse une fausse couche. Il n'y a pas de chiffres mais c'est vraiment très présent.

Fabrice PAPILLON

Une dernière remarque puis (il est 12 heures 30) nous ferons la pause déjeuner avant un grand après-midi de débats et d'interventions.

De la salle

Des fois, ce n'est pas tant une question de sorcellerie ou de mauvais sort, mais c'est une grande croyance en la médecine traditionnelle. Je pense que de plus en plus, la médecine moderne tend à cohabiter avec la médecine traditionnelle. En tout cas il y a une expérience comme cela dans un hôpital à Dakar, et je pense que tant que la médecine moderne n'apprivoisera pas la médecine traditionnelle, les deux camps vont forcément se séparer et rester chacun dans son coin. Cette expérience dans cet hôpital était vraiment un pôle de médecine traditionnelle qui se trouve au sein d'un hôpital. Des fois, ce n'est qu'un effet placebo mais la médecine moderne a tendance à dire aussi : « *Si vous avez envie de consulter des médecines traditionnelles, vous pouvez.* » Je pense que le fait de dialoguer entre ces deux croyances, moderne et traditionnelle, facilite les choses.

Docteur Valérie BRIAND

Je suis tout à fait d'accord avec vous. Vraiment, quand il y a un problème, pas spécialement chez la femme enceinte, chez l'enfant, une fièvre, très souvent le premier recours va être le tradipraticien local. Tout à fait d'accord.

Fabrice PAPILLON

Merci beaucoup pour ces questions. Alexandre Dumont, Valérie Briand et Elie Azria, vous restez avec nous (sauf « urgence »). Nous comptons sur vous cet après-midi car nous espérons que vous interviendrez, comme les autres dans la salle, pour la suite des débats.

Nous allons faire une petite pause déjeuner avant de retrouver Martin Hirsch, Directeur général de l'AP-HP, dès 14 heures. Surtout, soyez très à l'heure puisque Martin Hirsch (un Monsieur occupé, on l'imagine) ne sera pas en retard et devra partir rapidement, ne le ratez pas.

Ensuite, Sophie Gil, à 14 heures 30, sur des aspects scientifiques, notamment l'altération des fonctions du placenta.

Puis à nouveau deux tables rondes qui auront peut-être une connotation un peu plus scientifique en particulier, mais aussi de prévention – c'est le maître mot de cette journée.

Nous terminerons avec le Docteur Aldo Naouri qui nous fait l'amitié d'être là depuis ce matin, et le Président de PremUp.



Santé de la mère, santé de l'enfant : l'altération des fonctions du placenta

Sophie GIL

Professeur à la faculté de pharmacie Paris Descartes

Fabrice PAPILLON

Sophie Gil, Professeur à la fac de pharmacie Paris Descartes, qui a préparé pour nous un exposé qui va nous permettre peut-être de passer vers des aspects plus scientifiques et médicaux, moins socio-économiques, même si tout est lié. Cet après-midi nous parlerons un peu plus du retard de croissance intra-utérin et des aspects médicaux et génétiques DOHAD. L'approche de Sophie Gil, « *Santé de la mère et santé de l'enfant : l'altération des fonctions du placenta* », nous engage dans cette réflexion. Professeur Gil.

Professeur Sophie GIL

Merci Monsieur Papillon, merci à tous. Merci aux organisateurs pour cette journée centrée sur l'environnement de la femme enceinte. J'imagine que les discussions ont été effectivement très riches ce matin et j'espère que tout cela va continuer cet après-midi.

Pour bien centrer le débat sur cette présentation, deux mots-clés : environnement et placenta. Je commencerai par ce placenta. Il est très facile de se faire une représentation d'une femme enceinte, comme il est très facile de se faire une représentation du bébé, du nouveau-né, même du fœtus. En revanche, il est beaucoup plus difficile de se faire une représentation du placenta. Il a été demandé à des femmes enceintes de dessiner leur ventre. Vous pouvez trouver sur cette diapositive qui est affichée une représentation de ce ventre de la femme enceinte. Nous voyons bien un ventre arrondi, avec le bébé en position. Ne cherchez pas trop : il manque le placenta. Il est totalement absent. De temps en temps, quand on demande à des femmes de faire d'autres représentations, il peut y avoir quand même un cordon qui va relier directement la maman au bébé. Mais toujours pas de représentation au sens strict du placenta. Le placenta est rarement imaginé, individualisé.

Si l'on demande à quelques-uns qui ont une notion très vague du placenta, ils peuvent imaginer (je l'ai entendu encore dernièrement) que c'est une simple membrane. A croire qu'il faut le voir pour y croire. Quand les gens voient pour la première fois un placenta, ils sont très surpris. Ils voient un organe à part entière et ils sont très surpris de cet organe qui finalement est expulsé à la fin et qui part à la poubelle.

Cela prouve qu'il y a une méconnaissance du placenta et beaucoup de mystère autour. Bien sûr, nous allons parler un peu maintenant de ce placenta, en abordant principalement ses rôles, afin de bien comprendre quels sont les enjeux actuels de la recherche sur le placenta. C'est avant tout un organe certes éphémère, parce que sa durée de vie n'est que de neuf mois, le temps de la grossesse, mais c'est bien un organe à part entière et qui va permettre très tôt l'implantation de l'embryon, puis le maintien de la grossesse, surtout le développement du fœtus. Vous l'aurez bien compris : pas de placenta, pas de grossesse.

Le placenta a été très souvent (on peut l'observer encore dans certains livres) défini comme une barrière. On voit encore ce terme de « barrière », dans le sens où les circulations maternelles et fœtales sont séparées. Elles ne sont jamais en contact l'une avec l'autre. Dans ce sens, le mot « barrière » évoque avant tout comme une barrière que vous pouvez voir chez vous, sur une voie ferrée, un obstacle qui va s'opposer au passage. Nous savons maintenant que ce terme de « barrière » est peu approprié pour caractériser



cet organe car le placenta est avant tout un organe d'échange. Nous allons voir qu'il assure de nombreuses fonctions, essentielles, qui en font un organe unique et avec de nombreuses spécificités.

Quelles sont, en quelques mots, ses fonctions d'échange ? Pour le développement du fœtus, on pense bien évidemment à la fonction de nutrition, de transformation métabolique. C'est via le placenta que différents éléments (l'eau, les glucides, les acides gras, les acides aminés, les peptides, des minéraux) sont apportés à l'embryon puis au fœtus. Mais il n'exerce pas uniquement cette fonction – certes indispensable et première pour le développement. Bien sûr, il y a les fonctions respiratoires. Nous pouvons imaginer que ce fœtus est dans un système entièrement clos. Je me rappelle lors de mes études : certains étudiants (très tôt, au collège ou lycée) continuaient à penser qu'un fœtus avait des poumons. Non. Encore, certaines personnes pensent que ce fœtus respire avec ses poumons. Non.

Ce qui va permettre cette fonction respiratoire est le placenta qui va jouer ce rôle de poumon fœtal. Il apporte au fœtus le dioxygène dont il a besoin pour toutes ses fonctions. Il va évacuer le dioxyde de carbone formé par le fœtus via le placenta, pour qu'ensuite la mère puisse l'expulser.

Il y a d'autres fonctions. Nous n'allons pas toutes les reprendre. Une fonction d'épuration avec en premier lieu les déchets métaboliques (nous pourrions penser à l'urée excrétée par le fœtus) : ce sont vraiment des fonctions d'échange propres au placenta.

Il y a aussi le placenta caractérisé par l'intensité et la spécificité des fonctions hormonales. Je ne vais pas trop en parler car Danièle Evain-Brion est la spécialiste et au niveau du laboratoire il y a d'autres spécialistes de ces fonctions, mais ces hormones vont jouer un rôle essentiel dans l'établissement et le maintien de la grossesse, l'adaptation de l'organisme maternel. Il y a toute une modification de la physiologie de l'organisme due à la grossesse et notamment à cette imprégnation des hormones. Parmi ces hormones, nous pouvons bien sûr citer l'hCG, que beaucoup de gens connaissent. Sa présence est précoce, elle est de fait utilisée pour le diagnostic de grossesse.

Une fois que l'on a repris très succinctement (nous pourrions y revenir si vous voulez) ces fonctions du placenta, vous comprenez comment ces fonctions sont importantes pour le développement du fœtus. La question que l'on peut se poser est : mais de quelle façon l'environnement maternel peut-il interférer avec ces fonctions placentaires ? Pour cela, il va falloir définir le mot « environnement ».

J'imagine que plusieurs aspects ont été présentés et développés ce matin, tout particulièrement les facteurs socio-économiques, les facteurs biologiques avec les infections. Nous pourrions également aborder les facteurs comportementaux. Dans les facteurs comportementaux, on pense en tête de liste à la consommation de tabac et d'alcool. Il y a également d'autres facteurs comme des facteurs chimiques. Dans les facteurs chimiques, nous pourrions mettre en tête de liste les médicaments, une prise médicamenteuse au cours de la grossesse, indispensable pour traiter une pathologie, et également les polluants environnementaux.

Je vais maintenant centrer mon discours sur ces deux types de molécules. Avec ces deux types de facteurs, quel que soit notre environnement, à un moment donné de la grossesse, un toxique va pouvoir se retrouver dans la circulation maternelle et être en contact direct avec le placenta.

Il y a encore quelques années, quand on raisonnait avec un toxique, et tout particulièrement avec les médicaments (nous pourrions revenir si vous voulez sur cet historique qui fait que la place des médicaments chez la femme enceinte est tout à fait particulière), on s'intéressait surtout à la connaissance du passage ou du non-passage de ce toxique dans la circulation fœtale. On se demandait : tel médicament, va-t-il se retrouver dans la circulation, oui ou non ? Tel autre médicament va-t-il se retrouver ? A partir de ces deux médicaments, y a-t-il un médicament qui serait plus approprié que l'autre ? C'était la question il y a encore quelques années.



Bien évidemment, la notion de rapport bénéfique/risque doit être envisagée car pour un traitement médicamenteux chez la femme enceinte, il y a un compromis. Bien évidemment, l'efficacité du traitement pour la mère, traitement donné à la femme enceinte pour une pathologie, c'est la partie bénéfique du rapport, mais il y a également la sécurité du fœtus à prendre en compte. Là, c'est ce que l'on appelle le risque. Le risque est évalué par un passage de la molécule et ensuite, l'observation des effets de cette molécule sur le fœtus.

Les études de passage transplacentaire (il y a différents modèles pour étudier ce passage transplacentaire) dans l'espèce humaine ont toujours suscité un vif intérêt pour appréhender ce risque. Le placenta, dans ce type d'études, n'était alors pas vraiment considéré comme un organe à part entière, mais plutôt comme une simple membrane plus ou moins neutre. Je me rappelle les premières expériences qui ont été faites : « pas de passage » était plutôt synonyme de « sécurité » et dès qu'il y avait un passage de ce toxique, en fonction de l'intensité du passage que l'on pouvait retrouver dans le compartiment fœtal, alors la notion de danger était abordée.

Depuis quelques années, surtout avec les avancées de la biologie et des connaissances sur le placenta, nous savons qu'il ne faut plus ignorer les répercussions directes sur le placenta. Quand il y a un toxique dans la circulation maternelle, c'est le placenta en premier qui le reçoit et qui le reçoit de plein fouet. Il peut le métaboliser, le transformer, le stocker et dans le meilleur des cas il va le relarguer dans la circulation maternelle grâce à des transporteurs un peu particuliers, que l'on appelle des transporteurs des flux ; ou alors, dans le pire des cas, il va le laisser passer dans la circulation fœtale.

De fait, on va comprendre que ce placenta n'est pas une simple membrane mais vraiment un organe qui va jouer un rôle de rempart, qui va continuer à remplir toutes ses fonctions dont on a évoqué les plus importantes au début de ce discours. Mais tout en jouant le rôle de ce rempart vis-à-vis des toxiques, ce placenta va souffrir. Tout cela bien sûr se fait au détriment des fonctions placentaires, indispensables au bon développement du fœtus. Cela, je dirais que c'est pour les médicaments.

Si nous prenons l'exemple des polluants environnementaux, c'est un peu différent. Les polluants environnementaux, on y est obligatoirement exposé de façon quotidienne. Nous savons qu'il y a une exposition chronique à de faibles doses, et que cette exposition non seulement ne se fait pas avec un seul polluant mais avec des mélanges de polluants. C'est bien là tout le problème de la toxicologie moderne : pouvoir appréhender l'effet de ces mélanges de toxiques.

Certains d'entre eux, dans ces polluants environnementaux, sont connus comme étant des perturbateurs endocriniens. Nous avons des données scientifiques, montrant que des polluants passent dans la circulation fœtale. Des données épidémiologiques permettent de doser dans le sang de cordon d'un grand nombre de nouveau-nés certains polluants. Ils passent dans la circulation fœtale mais ils s'accumulent également dans le placenta.

Celui-ci, tout au long des neuf mois, va jouer le rôle de rempart, mais va devenir une véritable éponge et va, au fur et à mesure, accumuler de plus en plus de polluants. De fait, on peut imaginer que des fonctions du placenta vont être altérées. La notion de dose est très importante pour les polluants environnementaux. Nous pourrions y revenir. Pour les médicaments c'est un peu particulier car il y a une posologie, on sait à quelle concentration ils sont donnés, il y a une courbe d'effet dose connue, donc on sait à quelles doses la femme est exposée aux médicaments.

Pour les polluants environnementaux, ce n'est pas du tout le cas. De fait, on peut très bien comprendre que plus la dose est élevée, plus le passage du polluant ou du toxique sera important. Mais l'exposition environnementale va se faire principalement avec des faibles doses. Dans ce cas, on peut penser que le toxique passera peu ou pas, ou du moins (c'est toute la problématique) sera peut-être en dessous d'un seuil de détection. C'est le gros problème des faibles doses. On se dit : « *La molécule ne passe pas, on ne la détecte pas.* » Mais ce qui est non détectable ne veut pas dire qu'il y a non-passage. C'est



tout le problème de la sensibilité, même si maintenant nous avons des méthodes de mesure de plus en plus performantes qui nous permettent de baisser encore un peu plus ce seuil de détection.

Le problème est que le placenta jouera toujours ce rôle de premier rempart, d'éponge, prêt à capter, à métaboliser, à transformer et à stocker. De fait, avec les polluants environnementaux, si l'exposition est chronique, même à faible dose, le placenta peut se retrouver en fin de grossesse avec des taux d'accumulation qui sont loin d'être négligeables. C'est un organe qui s'adapte, qui va continuer ses fonctions. Il s'adapte bien sûr à cet environnement. Il continue à assurer ses fonctions, mais il souffre. A partir du moment (c'est quelque chose de récent dans les raisonnements) où il y a une atteinte placentaire, obligatoirement une souffrance du fœtus sous forme de retard de croissance, de défaut d'oxygénation, d'apport de nutriments pourra être observée.

Ces Assises sur le thème de l'environnement de la femme enceinte nous montrent à quel point les questionnements sur l'environnement sont omniprésents de nos jours. C'est pour moi une situation paradoxale car au XXI^e siècle, lorsque bien sûr les conditions sont réunies, le suivi de la grossesse n'a jamais été aussi bon. L'accès aux soins est possible et la grossesse est quand même, je trouve, très bien surveillée.

En revanche, nous ne nous sommes jamais autant posé de questions sur l'environnement de la femme et les répercussions de cet environnement à court terme (sur le bébé qui va naître), mais également à long terme (quand les effets ne sont pas visibles). Quand tout va bien on peut se poser la question d'une répercussion à long terme avec le développement d'une maladie, d'une pathologie à l'âge adulte.

Pour la plupart des traitements médicamenteux, je dirais que les risques sont connus. Il y a une évaluation qui est maintenant bien encadrée, à l'exception de l'impact des médicaments sur les fonctions placentaires. Là encore, il y a un manque total de données. Pour les polluants et surtout pour des faibles doses, les risques sont très peu connus. Il y a quelques données épidémiologiques et quelquefois, elles sont contradictoires. Mais nous commençons à les aborder et quelques points d'alerte nous permettent de comprendre quels sont les impacts de ces polluants environnementaux, au niveau de la grossesse. Notamment, il a été montré qu'en milieu urbain il y a plus de prématurités. Faire un lien de causalité entre exposition aux polluants environnementaux et prématurité, ce n'est pas possible, mais il y a effectivement plus de prématurité en milieu urbain.

Pour revenir sur le titre de cette présentation, de ce discours, « *Santé de la mère – santé de l'enfant : l'altération des fonctions du placenta* », ce trait d'union a toute son importance. C'est ce qui va relier la mère à l'enfant : le placenta est vraiment l'image de ce trait d'union. C'est un organe méconnu. Il a beaucoup de mystères encore à nous délivrer. On prend un traitement médicamenteux obligatoirement : la femme doit être soignée. C'est absolument nécessaire. Indispensable. Une femme non soignée est certainement beaucoup plus délétère que le traitement médicamenteux. De fait, l'exposition aux médicaments est inévitable. De la même manière, l'exposition aux polluants est également inévitable. C'est notre environnement quotidien, nous ne pouvons pas le changer.

En revanche, il paraît indispensable d'étudier le placenta sous toutes les coutures. Pourquoi ? Comme cela va être le premier qui va être exposé, il va nous indiquer s'il va y avoir une souffrance par la suite, par l'étude d'une part du passage dans un premier temps (et le passage transplacentaire sera toujours étudié mais pas uniquement), aussi en termes d'accumulation. C'est vraiment d'étudier au niveau du placenta ce que l'on retrouve dans cet organe. Egalement, il est important d'étudier le métabolisme des toxiques au niveau de ce placenta, et si le métabolisme basal du placenta va être altéré. Là, on introduit toutes les répercussions toxiques sur les fonctions placentaires, d'échange, de transport, métaboliques, d'épuration.

Avec ces deux exemples (polluants environnementaux, médicaments), nous nous rendons compte de toute l'importance du placenta dans l'environnement de la femme



enceinte, et dans toute la compréhension des mécanismes sous-jacents qui pourraient avoir une répercussion sur le développement du fœtus. Je vous remercie.

Fabrice PAPILLON

Merci beaucoup, Sophie Gil, pour cette approche très concrète et en même temps un peu poétique, très schématique, aussi avec ce joli dessin. Nous avons maintenant tous bien compris à quel point le placenta avait un rôle central entre le futur bébé et la maman. Vous avez évoqué des questions d'environnement médicamenteux ou par exemple de perturbateurs et de molécules qui pouvaient passer. Nous avons bien compris qu'il restait beaucoup de questions à résoudre, et peu de réponses. Ce sont probablement des études qui resteront. Nous allons parler cet après-midi des conséquences concrètes en termes de santé sur l'enfant à naître au niveau néonatal et via la DOHAD, les conséquences jusqu'à la vie adulte. C'est une bonne introduction.

Puisque nous avons un peu plus de temps que prévu, après cette présentation, si vous avez des questions à poser à Sophie Gil, nous pourrions les poser tout de suite plutôt que d'attendre de revenir dessus dans le cours du débat. Avez-vous d'ores et déjà des remarques ou des questions sur le rôle du placenta ? Professeur Claude Dreux, nous vous écoutons.

Professeur Claude DREUX, Président du CESPARM et membre des Académies nationales de médecine et de pharmacie

Merci, Madame, d'avoir montré le rôle extrêmement important du placenta. Vous avez surtout insisté sur les médicaments et les polluants. Vous êtes passée assez rapidement sur le tabac et l'alcool qui sont pourtant, je pense, les pires ennemis du nouveau-né en termes de pourcentages.

En ce qui concerne les médicaments et les polluants, vous avez signalé leur passage à travers le placenta : est-ce un passage uniquement passif ou actif ? Y a-t-il une concentration qui peut être effectuée par le placenta, ce qui les rend encore plus dangereux évidemment ? Nous avons dit que l'alcool en particulier se retrouvait chez le nouveau-né en concentration beaucoup plus forte que chez la mère. Y a-t-il un effet de concentration au niveau du placenta ?

Professeur Sophie GIL

En termes de passage, il y a plusieurs facteurs à prendre en considération. Il va y avoir, déjà, les caractéristiques de la molécule, dans un premier temps. L'alcool est une molécule qui va diffuser très facilement à travers les membranes. Nous avons les effets observés chez l'adulte et nous comprenons que cela passe très facilement les membranes.

Une fois que nous avons ces caractéristiques de la molécule, nous pouvons évaluer le degré de passage direct de la molécule, si ce n'est par la diffusion passive.

Ensuite, il faut prendre des facteurs à proprement parler du placenta. Quand on parle de facteurs placentaires, on parle de transporteurs et dans ce cas, cela va être pas seulement les transporteurs actifs, mais des transporteurs de diffusion facilitée, nombreux au niveau du placenta. De fait, nous allons avoir un passage qui peut être accéléré par la présence de ces transporteurs du compartiment maternel vers le compartiment fœtal.

En général, quand on pense aux petites molécules, médicaments en général, ce sont des diffusions passives. Après, non seulement ils vont utiliser la diffusion passive mais ils peuvent utiliser d'autres systèmes, transport facilité ou transport actif. Quand nous allons prendre l'ensemble de ces transports, nous pouvons nous retrouver avec des concentrations augmentées dans le compartiment fœtal.

Avec l'exemple que vous avez donné, l'alcool, c'est un peu particulier. Pourquoi va-t-on le retrouver de façon plus importante dans le compartiment fœtal ? Il faut prendre en



compte, dans l'organisme, le métabolisme maternel, le métabolisme placentaire et le métabolisme fœtal. Pour l'alcool, c'est un peu le problème : il ne va pas être métabolisé ou il va être métabolisé beaucoup plus lentement, ce qui fait que nous allons nous retrouver avec des concentrations importantes d'alcool, qui vont surtout perdurer plus longtemps dans le compartiment fœtal, avec une incidence bien plus grave. C'est vrai pour l'alcool mais c'est vrai pour plusieurs types de molécules, de la même manière. On ne le prend pas assez en considération : il peut y avoir un métabolisme placentaire, un métabolisme des xénobiotiques et un métabolisme qui va être particulier car le métabolisme placentaire est vraiment à part. Ce n'est pas du tout le métabolisme des médicaments hépatiques comme on le connaît en pharmacocinétique. C'est un autre métabolisme et de fait, il peut y avoir des métabolismes un peu différents, qui peuvent également se retrouver dans la circulation fœtale.

Fabrice PAPILLON

Sur le tabac précisément, a-t-on des idées précises sur les concentrations, le temps de latence, la transmission au fœtus ?

Professeur Sophie GIL

Quand on considère la cigarette, c'est un mélange de molécules, il n'y a pas uniquement la nicotine, il y a vraiment une multitude de molécules. La nicotine n'est pas la plus toxique, loin de là. Il y a vraiment des molécules beaucoup plus toxiques que la nicotine, qui vont s'accumuler dans le placenta. Au niveau du métabolisme placentaire (cela a bien été montré), elles vont avoir un métabolisme très important de certains produits de la cigarette. On sait très bien reconnaître des placentas de femmes fumeuses de placentas de femmes non fumeuses.

Michel-Henri DELCROIX

Vous avez évoqué la fonction respiratoire du placenta. Le Professeur Dreux vient d'évoquer le tabac et vous venez d'y répondre. Dans le tabac, il y a un produit gazeux extrêmement dangereux, mortel, beaucoup plus dangereux que le gaz carbonique que vous avez évoqué, qui est le monoxyde de carbone. Le monoxyde de carbone, s'il vient de joint, est six fois plus dangereux, il y en a six fois plus. S'il vient du narguilé, il est trente fois, soixante fois plus dangereux parce qu'il y en a soixante fois plus.

Le monoxyde de carbone n'est pas stocké par le placenta. Il a une diffusion sanguine, jusqu'à 5 %, et après cellulaire sur la myoglobine, pour faire simple. Or, le problème est que l'on retrouve (pas au niveau du placenta puisque c'est un gaz) au niveau du fœtus des concentrations de monoxyde de carbone au niveau du sang, au niveau des organes, au niveau des cellulaires cérébrales, des concentrations toujours plus élevées que chez la mère et toujours très dangereuses. Vous ne l'avez pas évoqué ; même, vous l'avez un peu esquivé puisque vous avez dit que le placenta avait une fonction respiratoire. Pour le monoxyde de carbone, ce n'est absolument pas vrai.

Professeur Sophie GIL

C'était dans les fonctions physiologiques, au début.

Michel-Henri DELCROIX

30 % des femmes fument.

Fabrice PAPILLON

C'est mal. Avez-vous quelque chose à ajouter sur ce sujet ?



Professeur Sophie GIL

Oui. Il est vrai que je n'ai pas abordé les facteurs comportementaux. Nous pouvons l'évoquer. Vous l'avez très bien souligné, j'ai mis en tête de liste l'alcool, le tabac, mais bien évidemment il y a d'autres drogues qui sont utilisées.

Concernant l'alcool, vous savez tous que la recommandation est zéro alcool – une recommandation un peu difficile à respecter parce qu'une femme en début de grossesse n'est pas censée savoir le jour J1 qu'elle est enceinte. En plus, il y a des grossesses non programmées et à partir de là, elles peuvent être exposées en début de grossesse à l'alcool. Après, cela change ; d'ailleurs, elles viennent très souvent solliciter les professionnels de santé, que ce soient les médecins, les pharmaciens en officine, les sages-femmes, les infirmières. Elles ont une connaissance de l'impact de l'alcool sur la grossesse. Il faut absolument avoir un discours qui rassure.

Fabrice PAPILLON

Zéro tabac aussi ?

Professeur Sophie GIL

Zéro tabac, ce n'est pas mentionné. Pourquoi mettre zéro alcool ? Parce que l'alcool a été montré comme tératogène. C'est une molécule tératogène. Dès que l'on parle de tératogénicité, on met les warnings. Ce sont des malformations, c'est le syndrome d'alcoolisme fœtal quand il y a une imprégnation en alcool importante. Nous n'avons pas d'image mais on peut en retrouver facilement, c'est une molécule reconnue comme tératogène. Dans le tabac, les molécules que l'on retrouve ne sont pas reconnues comme tératogènes et pour l'instant il n'y a pas de recommandation zéro cigarette.

Fabrice PAPILLON

Le cannabis ? Nous allons faire toute la liste.

Professeur Sophie GIL

C'est un vrai débat. Je pense qu'en termes de vulnérabilité, quand une patiente consomme du cannabis, ce n'est pas une consommation qui vient de l'avant-veille de sa grossesse. C'est peut-être quelque chose qu'elle a déjà expérimenté pendant quelque temps. Sauf si on considère des grossesses de jeunes filles – c'est possible aussi. Mais concernant la consommation de cannabis, il y a vraiment plusieurs débats. C'est un débat qu'il faut que nous abordions de façon pluridisciplinaire.

Fabrice PAPILLON

Les aspects sociétaux, si nous vous entendons bien, pas seulement les aspects biologiques ou médicaux ?

Professeur Sophie GIL

Il n'y a pas uniquement les aspects médicaux. Il y a les aspects sociaux à prendre en considération, les aspects psychologiques. Il peut y avoir une vulnérabilité et quelquefois, on peut courir à la catastrophe si l'on ne la prend pas suffisamment en compte.

Samira MEZOUGH

Bonjour. Je vous remercie pour votre intervention. Je prépare notamment un mémoire à l'École des hautes études en sciences sociales sur les médicaments pédiatriques. C'est en 2007, en Europe, qu'une législation a été mise en place à ce propos pour mettre en évidence le problème de l'administration de médicaments à des enfants sans avoir de réelles connaissances sur la posologie. Avec votre exposé vous venez de rappeler que peut-être nous devrions même nous poser la question bien avant la naissance de l'enfant,



puisque le placenta est le premier vecteur d'échanges médicamenteux entre l'enfant et sa maman. Devrait-on selon vous élargir cette législation du médicament pédiatrique à la prise médicamenteuse du futur enfant à naître avant même sa naissance ?

Professeur Sophie GIL

Idéalement, on pourrait essayer de comprendre. Après les drames (notamment quand on reprend thalidomide, distilbène), avec le groupe reproduction grossesse allaitement (je ne sais pas si quelqu'un en fait partie), il y a vraiment eu une politique reprise au niveau de l'Europe pour avoir des recommandations sur les prises médicamenteuses chez la femme enceinte. Nous pourrions citer bien sûr le Centre de référence sur les agents tératogènes, le CRAT, qui donne également des recommandations avec lesquelles on peut valider.

Je pensais aux traitements médicamenteux chez la femme enceinte. Ce n'est pas parce qu'un médicament ne va pas se retrouver dans la circulation fœtale qu'il n'est pas complètement exempt d'effets. Bien sûr, s'il ne se retrouve pas dans la circulation fœtale, vraisemblablement il ne va pas avoir d'effet direct sur le fœtus. C'est déjà très bien, c'est très positif. En revanche, il peut avoir des effets indirects et ces effets indirects ne sont pas connus. On peut très bien avoir un médicament qui va altérer une fonction placentaire et se répercuter sur le développement du fœtus.

Fabrice PAPILLON

D'autres questions ou remarques ?

Professeur Sophie GIL

C'est vrai surtout pour les traitements médicamenteux au long cours. Nous sommes surtout sur des pathologies chroniques où la femme prend un traitement médicamenteux pendant toute sa grossesse.

Fabrice PAPILLON

Très bien. Merci beaucoup Sophie Gil pour cette intervention, cette découverte et cet approfondissement du placenta et des différents types de facteurs qui peuvent l'affecter, et à travers lui le nouveau-né.



La santé de l'enfant et ses conséquences humaines, médicales et économiques

Table ronde animée par Fabrice PAPILLON, journaliste scientifique

Intervenants :

Docteur Danièle EVAÏN-BRION, pédiatre, Directrice de la fondation de coopération scientifique PremUp

Professeur Charlotte CASPER, pédiatre, service de néonatalogie du CHU de Toulouse

Yves LE BOUC, INSERM/UPMC

Alicia MARZOUK, URC Eco Ile-de-France

Fabrice PAPILLON

Je vous propose d'enchaîner logiquement sur la première table ronde de cet après-midi, « *La santé de l'enfant et ses conséquences humaines* », à la fois encore un peu de socioéconomie qui est indispensable, nous l'avons beaucoup vu ce matin, et donc médicale avec ce lien et cette présentation.

Je vous propose d'accueillir le Docteur Danièle Evain-Brion, pédiatre et bien sûr Directrice de la fondation de coopération scientifique PremUp qui organise cette journée. Venez près de moi.

Pour nous rejoindre également, Yves Le Bouc, chercheur à l'INSERM, rattaché également à l'UPMC, spécialiste des questions d'épigénétique et de l'origine développementale des maladies.

Charlotte Casper est responsable en néonatalogie au CHU de Toulouse.

Enfin, Alicia Marzouk est statisticienne à l'unité de recherche en économie de la santé Ile-de-France.

Un large spectre pour évoquer cette question des répercussions de la santé sur l'enfant à naître. Docteur Danièle Evain-Brion, je vous donne la parole en premier car d'abord vous êtes organisatrice, vous êtes au fait et passionnée par ce sujet à l'origine de cette journée, de messages très importants au niveau de la fondation et notamment sur le retard de croissance intra-utérin, une des questions médicales centrales dans la prématurité aujourd'hui. Comment pourriez-vous résumer les choses sur cette question particulière ?

Docteur Danièle EVAÏN-BRION

Comme vous le savez, PremUp est un réseau de compétences. Notre objectif est de faire travailler ensemble tous ces experts. Vraiment, PremUp a mis le retard de croissance intra-utérin comme une thématique majeure. Le retard de croissance intra-utérin, c'est un bébé né petit à la naissance en raison d'une restriction de croissance fœtale, dans l'immense majorité des cas lié au fait que le placenta ne fonctionne pas bien.

Ce que nous allons aborder dans cette table ronde, est que c'est non seulement comme nous le savons la première cause de mortalité néonatale en France, mais c'est aussi quelque chose qui implique la période fœtale où l'on a de grosses difficultés de diagnostic. Même maintenant, avec les grands progrès de l'imagerie, on ne sait pas faire de diagnostic quatre fois sur cinq puisqu'on ne sait le faire que dans 20 % des cas, ce qui paraît toujours très étonnant. On ne sait pas faire le diagnostic.



Fabrice PAPILLON

Sait-on pourquoi on ne sait pas faire ? Quelles sont les limites ? Techniques ?

Docteur Danièle EVAIN-BRION

L'imagerie a fait d'énormes progrès mais pour affirmer un retard de croissance intra-utérin il faut au moins deux échographies pour voir qu'il y a une cassure de la taille du bébé. Il faut les faire au bon moment. Un grand nombre de ces retards de croissance intra-utérins, on ne les diagnostique pas soit parce qu'il y a une anomalie dans le parcours de soins, soit parce que l'on ne sait pas le diagnostiquer et on ne fait pas, dans la dernière partie de la grossesse, le diagnostic et de fait l'échographie qui viendrait l'affirmer. C'est une piste (il y a bien d'autres choses à développer). Premier élément.

Cet enfant naît et – je crois que Charlotte Casper nous en parlera – il va être fragile. Cet enfant va devenir un adulte et sur ma droite, Yves Le Bouc vous expliquera justement l'origine développementale des maladies de l'âge adulte. Il sera suivi pendant l'enfance et j'en parlerai, puis Alicia Marzouk va vous montrer une étude initiée par PremUp, qui pour la première fois dans notre système de santé va donner un chiffre, le coût médico-économique d'un enfant né avec un retard de croissance intra-utérin de petit poids par rapport à un enfant de terme équivalent. Je crois que vous allez avoir les éléments.

Fabrice PAPILLON

Nous allons nous intéresser tout à fait dans cet ordre-là, chronologique et logique, aux conséquences de ce fameux retard de croissance. Déjà, pouvons-nous rappeler, Docteur Evain-Brion, les statistiques épidémiologiques, le pourcentage cette pathologie ?

Docteur Danièle EVAIN-BRION

Le pourcentage est de 10 % puisqu'il est défini sur le dixième percentile.

Fabrice PAPILLON

10 % des enfants naissent avec ce que l'on appelle une hypotrophie, je crois.

Docteur Danièle EVAIN-BRION

Voilà. Attention : comme l'on a de grosses difficultés à définir le retard de croissance intra-utérin et la restriction de croissance fœtale, que depuis des années les pédiatres se battent pour savoir s'il ne faut tenir compte que du poids, que de la taille – le périmètre crânien, c'est toujours encore plus compliqué –, que dans les circonstances d'urgence dans lesquelles cet enfant naît le plus souvent, le plus simple est la balance et que cette balance au moins donne un chiffre exact, tout le monde s'accorde sur le fait que l'on étudie en premier le poids de l'enfant. La taille, on sait combien c'est difficile (pourtant elle est absolument nécessaire) car si l'on tire un tout petit peu plus on a un ou deux centimètres et cela change beaucoup de choses.

Fabrice PAPILLON

Charlotte Casper, vous intervenez juste après cette naissance. Dans 10 % des cas, nous l'avons rappelé, il y a des enfants hypotrophes, de faible poids, qui notamment sont la conséquence de ce retard de croissance intra-utérin. Concrètement, qu'observez-vous, que peut-on dire du point de vue des conséquences médicales sur ce retard ?

Professeur Charlotte CASPER

Nous pouvons voir que ces enfants qui naissent avec un petit poids de naissance ou petits pour l'âge gestationnel ont une vulnérabilité, une fragilité importante. Déjà en termes de mortalité : la mortalité est multipliée par deux si l'on compare un enfant de poids normal pour son âge gestationnel. La naissance en tant que telle est une épreuve pour un enfant



de petit poids. La naissance aussi peut entraîner, dans un beaucoup plus haut pourcentage de cas, des asphyxies, des manques d'oxygène, des défauts d'adaptation à la vie extra-utérine. Il est vrai que la naissance est un moment difficile et nous, pédiatres, préférons toujours être présents lors de la naissance d'un enfant de petit poids de naissance, lorsque c'est attendu.

Ensuite, dans les premiers jours de vie, ce petit bébé est plus vulnérable et peut être atteint de pathologies induites par son petit poids. Cela peut être le fait que l'enfant a une tendance à être hypotherme, à ne pas avoir une thermorégulation efficace.

Fabrice PAPILLON

A-t-il une température trop faible ou trop haute ?

Professeur Charlotte CASPER

Trop faible. Il perd, par convection ou conduction, des degrés de température. Il est vrai que cela a démarré dans des pays en voie de développement mais maintenant même dans des environnements de haute technicité, on se rend compte que par exemple le peau à peau précoce de ces petits bébés avec leurs parents permet de maintenir une température corporelle satisfaisante. Le petit bonnet aussi peut être utile. Il est sûr que l'enfant peut facilement perdre des degrés de température.

Par ailleurs, il tète peu, difficilement. Comme il a peu de réserves, il est à haut risque d'avoir des hypoglycémies les premiers jours de vie. C'est un bébé auquel il faudra être attentif et qu'il faudra alimenter régulièrement.

Fabrice PAPILLON

Est-il plus faible aussi sur le plan de l'immunité ? Elle est en début de formation, mais est-il plus sensible aux infections ?

Professeur Charlotte CASPER

Non. Autant la prématurité induit une immaturité immunologique plus importante, autant le petit bébé de petit poids de naissance a une immunité qui est bien là. Après, il est fragile du fait de son petit poids. Mais nous n'avons pas de notion particulière. Souvent, en plus, la prématurité est associée au petit poids.

Fabrice PAPILLON

Sur ces 10 % d'enfants qui naissent dans ces conditions, quel est le destin à un, deux, cinq ans, avant de parler dans des conditions beaucoup plus larges ?

Professeur Charlotte CASPER

Cet enfant vulnérable, fragile, en période natale il va falloir y être particulièrement attentif. Ensuite il y a deux éléments importants. D'une part : la croissance, le rattrapage. En gros, on estime qu'un enfant doit rattraper le poids, rentrer dans les courbes à six mois et la taille dans la première année de vie. Cette croissance est importante à suivre. Le deuxième élément est un suivi attentif de son devenir neurologique. Quand un enfant a eu une restriction de croissance fœtale, sa programmation neurologique peut avoir été perturbée. Même sa capacité de plasticité cérébrale peut avoir été affectée. Il peut y avoir des troubles intellectuels mineurs possiblement, qui peuvent être présents et identifiés vers l'âge de deux ans déjà, et à cinq ans.

Fabrice PAPILLON

A l'âge de cinq ans, il y a encore beaucoup de choses à dire mais globalement chez les 10 % d'enfants nés dans ces conditions, observe-t-on une rémission, plus aucun symptôme ou aucun problème particulier ? Comment cela se situe-t-il ?



Professeur Charlotte CASPER

Je vais passer la parole à Madame Evain-Brion puisque ce suivi à cinq ans relève beaucoup de l'endocrinologue aussi.

Docteur Danièle EVAIN-BRION

Je vais juste reprendre la parole après Charlotte. La caractéristique de ce nouveau-né une fois qu'il est sorti : il va devenir un enfant, un adolescent puis un adulte et finalement, les étapes essentielles à retenir sont qu'à l'âge de deux ans, la majorité de ces enfants ont rattrapé leur retard statural. Seuls 20 % d'entre eux restent avec un retard statural, et 80 % ont rattrapé leur retard statural. C'est une date un peu clé. S'il est né prématuré, on attend un peu plus longtemps avant de juger s'il a rattrapé son retard.

Cette consultation aussi est importante car, outre l'aspect statural, on regarde le poids de l'enfant et le rapport poids sur taille. Les enfants sont bien suivis durant la première année et après il y a la diversification alimentaire, cela devient tout à fait variable en fonction du milieu familial. Or, il est important d'inculquer aux parents la notion d'un équilibre alimentaire. Pourquoi ? On peut avoir tendance, comme il est né tout petit, à vouloir absolument lui donner plus pour qu'il rattrape plus vite. Il est tout à fait nocif que ces enfants nés avec un petit poids de naissance aient une suralimentation.

Le troisième élément est d'être vigilant sur l'aspect neurologique. Malheureusement il y a des enfants nés avec un énorme retard de croissance intra-utérin, une prématurité, qui vont avoir un handicap neurologique sévère, mais le meilleur mot est : vigilance. Il faut une consultation pédiatrique qui prenne son temps, de façon à diagnostiquer des petits troubles neurosensoriels, des petits troubles de l'attention, des petits troubles du sommeil. Il faut un temps de consultation adapté, de façon à mettre en place les mesures éventuellement préventives avant l'entrée en CP. C'est une date essentielle.

Ensuite, cet enfant on va le suivre : s'il a un retard de croissance, il va être orienté vers un service d'endocrinologie pédiatrique. C'est le premier geste à avoir. On va le suivre, rassurer les parents sur le fait que l'on peut mettre en place maintenant des traitements pour qu'il rattrape son retard statural, que sa puberté se fera normalement et (et là je vais passer la main à mon collègue) qu'il serait tout à fait utile que toutes ces données du carnet de santé, les adultes les aient encore en main. Lorsque l'on est un peu plus âgé, si se développe une hypertension, celui qui va prendre en charge ce patient adulte aura ainsi la notion d'un retard de croissance intra-utérin.

Fabrice PAPILLON

Yves Le Bouc, justement vous travaillez sur ce que l'on appelle les mécanismes épigénétiques. C'est un domaine foisonnant qui suscite de très nombreuses études, de très nombreuses équipes dans le monde s'en passionnent aujourd'hui. L'idée est que nous ne sommes pas dans la génétique, l'altération de la fonction d'un gène, de la manière dont il est codé, mais de la manière dont il va par exemple s'exprimer. En raison de conséquences ou de causes environnementales, l'expression de ces gènes au niveau de la molécule de l'ADN va elle-même être altérée et va provoquer peut-être un retardement, notamment à l'âge adulte si c'est le cas. Transgénérationnellement, d'une mère à son enfant ou à son petit enfant, elle va pouvoir se répercuter. C'est un domaine assez fantastique qui va à l'encontre de la vision de l'évolution darwinienne à très long terme. Cela peut être à très court terme. Evidemment, il y a de très nombreux facteurs que vous étudiez.

Docteur Yves LE BOUC

Tout à fait. Je suis endocrinologue pédiatre et physiologiste, et je dirige une unité INSERM. Je vais quand même reprendre une petite chose. En tant qu'endocrinologues pédiatres, nous aimons bien avoir la taille et le périmètre crânien. C'est extrêmement important pour définir le niveau de l'atteinte. Le plus dur est la taille avec un enfant néoné



qui bouge, mais je vous jure que c'est extrêmement important d'avoir les deux. Nous nous contentons souvent du poids, mais l'ensemble des trois paramètres permet assez facilement d'orienter le diagnostic.

L'épigénétique n'est pas un sujet facile à résumer. Vous connaissez tous le code génétique ; son expression est régulée par l'épigénétique. L'épigénétique est au-dessus de la génétique. Pour vous faire comprendre que vous le savez déjà : quand il y a une conception, le spermatozoïde et l'ovule vont donner une première cellule qui a un certain fond génétique. Ce fond génétique va donner un cerveau, un rein, un individu avec toutes les fonctions différentes. Or, dans la cellule du rein, avec le même fond génétique, vous allez avoir une fonction rénale, alors que dans le cerveau ce sera une fonction cérébrale et idem pour le poumon.

Cela veut dire que nous avons perdu, dans certaines cellules spécialisées, le potentiel qu'avait la cellule-souche. L'épigénétique, c'est un peu comme une bibliothèque. Vous avez, dans une bibliothèque, des livres. Dans les livres, vous avez des chapitres. Dans les chapitres, vous avez des phrases. Dans les phrases, vous avez des mots. Dans les mots, vous avez des voyelles et consonnes. Le code génétique, c'est la même chose : vous avez ATGC, des petits éléments qui avec une combinatoire différente vont nous donner des gènes qui vont être assemblés et qui vont vous donner la possibilité de coder des protéines.

Quand vous êtes devant une bibliothèque, vous voulez lire par exemple un roman policier, un article sur de la peinture, un poème de Rimbaud. Là, si vous avez une énorme bibliothèque vous allez perdre du temps, vous n'allez pas savoir où chercher. Vous avez besoin d'avoir des marques, des repères. Une fois que vous avez trouvé votre livre, le livre est sur la table, c'est le code génétique. Tout est écrit mais vous n'arrivez pas à lire. Il va falloir faire une recherche et vous allez avoir des marques à l'intérieur qui vont vous permettre d'aller très vite pour aller lire le roman ou le poème que vous voulez.

L'épigénétique, c'est pareil : cela va être des marques au niveau de la séquence nucléotidique et ces marques sont de différentes manières. En parlant un peu technique, vous avez de la méthylation sur l'ADN, le génome, cela peut être des modifications des protéines sur lesquelles s'enroule l'ADN. Vous savez que si vous enlevez du noyau l'ADN d'un individu, d'une seule cellule, si vous le débobinez tout doucement, vous allez obtenir un fil (sans le casser) d'un mètre. Si vous le lâchez il va se remettre en boule, c'est la manière qu'il a de se compacter à l'intérieur du noyau. Le problème est qu'il faut décompacter si l'on veut exprimer certaines régions. Dans certaines cellules cérébrales, on va décompacter certaines régions pour exprimer des gènes spécifiques du cerveau qui seront complètement différentes.

Tout cela vous donne un peu l'idée qu'il faut qu'il y ait une régulation de l'expression de gènes qui existent dans toutes les cellules. Mais nous n'allons en utiliser que quelques-unes. Il y a un autre élément très important, un sous-chapitre de l'épigénétique : l'empreinte parentale, qui vous touche encore plus parce que cela touche la conception. Vous savez que nous avons tous deux allèles : un allèle parental masculin, du père, et féminin, de la mère. 98 à 99 % des gènes sont exprimés en même temps. L'empreinte parentale ou génomique fait que vous avez un seul allèle. Ce sont à peu près 90 gènes dans notre organisme. Ces gènes sont extrêmement importants pour le développement du fœtus et au début.

Des marques d'épigénétique qui vont être apposées une fois que l'on aura tout effacé, dans le spermatozoïde pour que l'on puisse les réapposer de façon masculine, ou dans l'ovule pour que l'on puisse les apposer de façon féminine. Dans ce cas-là, vous avez la possibilité de marquer l'empreinte paternelle ou maternelle.

La deuxième période importante est la fécondation avant l'implantation. Vous voyez bien que dans ces cas-là, il y a des périodes très spécifiques, que ce soit pendant la gestation, juste avant la gestation, en périconception, ou juste après la naissance, dans la période fœtale précoce. Si vous avez une perturbation, qu'elle soit d'origine génétique ou



environnementale, vous risquez d'avoir des pathologies immédiates ou retardées. Les pathologies épigénétiques peuvent être induites ou de l'empreinte. Vous pouvez avoir un trouble nutritionnel (un déficit ou au contraire un excès), des troubles de vascularisation placentaire avec une diminution d'oxygénation, le stress maternel (on parle même du stress paternel, cela existe aussi dans d'autres conditions et là ce sera bien sûr en avant-conception). Cela peut être également des toxiques, bien sûr le tabac, l'alcool, ou plein d'autres choses, peut-être les perturbateurs endocriniens. Vous allez avoir, dans cette période de fécondation, en préimplantatoire, tout ce qui aide médicale à la procréation.

Les pathologies peuvent être soit d'ordre épigénétique global, soit de l'ordre de l'empreinte. Globalement, quand vous avez une empreinte avec une atteinte type hypovascularisation placentaire, dénutrition ou stress, vous pouvez avoir un RCIU (un retard de croissance intra-utérin), des *small for gestational age* (des enfants qui naissent petits). Ces enfants qui naissent petits ont un *foetal programming* que l'on appelle plutôt maintenant DOHAD (*developmental origin of health and disease* – ou *adult disease*), et vous avez des pathologies retardées de type cardiométaboliques, vasculaires, cérébrales ou cardiaques, et obésité ou diabète. Vous pouvez avoir aussi des pathologies immédiates, des enfants qui sont très petits, des RCIU, ou même très gros parce que vous avez des troubles de méthylation. Ce sont par exemple les personnes qui ont des syndromes de Beckwith-Wiedemann. Tout cela entre dans le cadre de l'épigénétique modifiée pendant la grossesse, avant ou après.

Fabrice PAPILLON

Ce qui est intéressant quand vous arrivez au bout de la logique est de dire : la DOHAD, cette espèce d'origine développementale des maladies se passe notamment dans l'étape conceptuelle, fœtale, dont vous avez parlé. Les processus épigénétiques ne se passent pas correctement, mais pas de symptômes ou de problèmes pendant des années. Tout à coup, si j'ose dire, à l'adulte, comment le mesure-t-on, comment le relie-t-on à l'étape ou à l'époque fœtale ? Déjà, comment peut-on le mesurer ou le relier ? Quelles sont plus précisément les pathologies (vous avez cité un environnement) liées à ces problématiques ?

Docteur Yves LE BOUC

Les conséquences ? Je crois que tous ces mécanismes sont issus de l'évolution humaine. Un enfant, pendant la grossesse, un fœtus ne voit pas arriver suffisamment de nutrition et se dit : « *A la sortie, j'ai intérêt à être costaud pour survivre, pour que l'espèce continue, et ne pas mourir d'hypoglycémie, de manque de sucre pour le cerveau.* » Il va mettre en place un mécanisme au niveau hépatique, musculaire, cérébral, pour utiliser son métabolisme au mieux, pour qu'il ait de quoi survivre (le glucose pour le cerveau, les lipides pour le muscle). Cela modifie complètement le métabolisme de base. Dans ce cas-là, s'il sort et qu'il n'a pas de quoi bien manger, il est en équilibre. En revanche, s'il tombe devant des cassoulets, des diètes à base de lipides extrêmement importantes, ce métabolisme n'est pas adapté. Il n'était pas prévu pour cela donc vous allez faire une obésité.

Fabrice PAPILLON

Il n'était pas programmé génétiquement, mais adapté épigénétiquement dans le ventre de la mère pour résister à la pénurie, et tout à coup on le plonge dans peut-être pas l'opulence mais la normalité : son métabolisme est trop sollicité, il va stocker plus qu'un autre et avoir les maladies, les conséquences métaboliques dont vous parlez ? Cela nous a permis de faire un magnifique et très rapide parcours des conséquences diverses et variées de ces problèmes dès le milieu fœtal.

Il y a en plus, pour prendre en compte toutes ces conséquences, un coût pour la société, un coût pour les finances publiques de sécurité sociale, mutuelles, etc. Alicia Marzouk, vous êtes économiste, statisticienne, vous avez travaillé sur une étude qui



pour la première fois donne en quelque sorte le résultat, le surcoût de ce retard de croissance intra-utérin par rapport aux enfants qui naissent normalement.

Alicia MARZOUK

Je suis statisticienne, pas économiste ni médecin. Juste statisticienne. Pour moi, c'est vraiment une fierté de participer à ce colloque et de vous présenter mes résultats parce que c'est la première fois que nous faisons une étude médico-économique sur le RCIU. J'ai calculé le coût hospitalier, seulement hospitalier, pour les naissances de l'année 2011, j'ai fait un suivi jusqu'au un an des enfants. Comme nous l'avons dit, le RCIU représente 10 % des naissances. J'ai eu accès aussi au coût des mères. Pour la grossesse, le coût des mères était de 400 euros en moyenne.

Fabrice PAPILLON

Qu'appellez-vous le coût des mères ?

Alicia MARZOUK

Le coût hospitalier de la grossesse.

Fabrice PAPILLON

La prise en charge de la grossesse hospitalière, 400 euros ?

Alicia MARZOUK

Oui, en moyenne.

Fabrice PAPILLON

C'est le surcoût peut-être ? Cela ne coûte pas que 400 euros de prendre une maman en charge.

Alicia MARZOUK

Non, c'est le surcoût. Ensuite, pour l'accouchement de la mère, le coût moyen est de 2 500 euros, là c'est un coût moyen. Le coût de la mère en moyenne pour le RCIU est de 2 500 euros contre normalement un peu moins de 2 400 euros. Il y a une différence de 200 euros.

Fabrice PAPILLON

Jusque-là, cela se tient.

Alicia MARZOUK

Ensuite, il y a aussi qui s'ajoute le coût de la naissance, mais du point de vue de l'enfant. Dans les coûts hospitaliers, nous avons les coûts de la mère et les coûts de l'enfant que l'on distingue. Là, le coût de l'enfant est de 1 400 euros pour la naissance d'un RCIU, au lieu de 1 100 euros.

Fabrice PAPILLON

D'accord. 300 euros de plus dans la balance par enfant.

Alicia MARZOUK

Ensuite j'ai calculé le coût hospitalier pour un suivi d'un an pour ces enfants RCIU. Le coût moyen est de 500 euros contre 300 euros. Globalement, le RCIU coûte 1 000 euros de plus qu'un autre enfant. Le surcoût est estimé à 1 000 euros entre la naissance et son suivi.



Fabrice PAPILLON

Sur tous ces facteurs, on arrive à 1 000 euros à un an.

Alicia MARZOUK

Voilà, entre la grossesse, l'accouchement et le suivi. Cela a un surcoût de 1 000 euros par enfant. Au total, cela nous fait un surcoût annuel estimé à 87 millions d'euros.

Le chiffre à retenir est 87 millions d'euros comme surcoût global.

Fabrice PAPILLON

Pour les 10 % d'enfants nés dans cette position.

Alicia MARZOUK

Il faut prendre en compte que ces coûts-là sont liés au fait que les RCIU ont des séjours hospitaliers plus longs. Ils se font plus souvent réhospitaliser, sont plus prématurés et vont plus en réanimation, ce qui coûte plus cher aussi.

Fabrice PAPILLON

1 000 euros par enfant, cela va très vite.

Alicia MARZOUK

On a l'impression que ce n'est pas beaucoup.

Fabrice PAPILLON

Ce n'est pas énorme en soi, mais 87 millions quand on prend la totalité des enfants concernés, bien sûr que c'est un surcoût pour le système de santé.

Docteur Danièle EVAIN-BRION

Attention : c'est l'arbre qui cache la forêt puisque là, c'est une étude uniquement sur les coûts hospitaliers. N'est pas pris en compte tout ce qui concerne la médecine de ville, ni l'arrêt de la mère sur le plan du travail, etc. C'est purement le coût hospitalier. Aussi, ce à quoi il faut faire attention : c'est vraiment une étude qui a été faite pour la première fois en comparant, à terme équivalent, un enfant de poids normal et un enfant avec un petit poids de naissance.

Fabrice PAPILLON

Pas dans le cadre de prématurité.

Docteur Danièle EVAIN-BRION

Absolument. Je pense qu'Alicia va parler de si l'on regarde la courbe en fonction du terme de l'enfant.

Alicia MARZOUK

Le fait de relier la prématurité au RCIU multiplie par vingt ce surcoût.

Fabrice PAPILLON

Prématurité plus retard de croissance intra-utérin, nous avons des coûts vingt fois plus élevés par rapport à un développement normal. Nous mesurons dans ce cas précis l'énorme gap que cela représente.



Docteur Danièle EVAIN-BRION

Il faut réaliser que le visage de la prématurité en France a évolué. Actuellement, la moitié (cela a été évoqué ce matin) des naissances prématurées sont des naissances de prématurité dite induite – induite par le geste médical qui a pour objectif de sauvegarder la santé de la mère et/ou de l'enfant. De fait, la majorité de ces prématurités induites sont très souvent associées au retard de croissance intra-utérin. Nous sommes donc dans une société où le nombre de prématurés augmente, le nombre de retards de croissance intra-utérin augmente. Nous vous avons montré l'arbre qui cache la forêt puisque l'étude va continuer avec l'ensemble des coûts de ces enfants.

Fabrice PAPILLON

C'est ce qui coûte presque le moins cher, c'est le surcoût le moins violent. En revanche, si nous commençons à entrer dans ce que vous dites, ce sont des centaines de millions d'euros, il faut bien l'imaginer, sur lesquels vous allez travailler ensuite.

Alicia MARZOUK

Je continue à travailler dessus. Je vais ajouter des coûts ambulatoires. C'est un grand projet qui va continuer.

Docteur Yves LE BOUC

Si nous prenons en considération l'altération de la taille qui est souvent associée à l'altération du poids, nous entrons dans la même catégorie de calcul. Il y a également toute une fraction de la population qui n'est pas négligeable – je pense que c'est au moins 30 % – d'altération de la taille uniquement. Là probablement, le coût économique va être important mais de façon retardée parce qu'il y aura énormément d'hospitalisations.

Deuxièmement, vous l'avez bien dit, 90 % à peu près rattrapent après la naissance en poids dans les six mois, en taille dans l'année ou dans les deux ans. Mais il y a une difficulté. Que faut-il faire devant un prématuré ou devant un RCIU de petit poids ? Faut-il le suralimenter pour qu'il rattrape rapidement, pour sauver un peu le cerveau, ou faut-il préserver la fonction cardiovasculaire et métabolique en ne lui donnant pas une nourriture suralimentée ?

Fabrice PAPILLON

Sinon, c'est risquer de le mettre dans la situation que vous disiez ?

Docteur Yves LE BOUC

Une situation de retard extrêmement important. Plein de travaux épidémiologiques ont été faits ou sont en train de se faire, et des études chez les animaux également montrent qu'un enfant RCIU suralimenté dans les premiers mois de vie a un risque cardiovasculaire et métabolique très élevé.

Professeur Charlotte CASPER

En balance, il y a le développement cérébral où nous voyons qu'une bonne croissance est corrélée à un bon développement neurologique. Effectivement, il y a une balance.

Fabrice PAPILLON

Décision pas facile à prendre. Mesure pas facile à évaluer.

Professeur Charlotte CASPER

Pour l'instant, les néonatalogistes sont plutôt dans l'idée d'alimenter l'enfant de façon un peu « agressive » jusqu'au terme. La prématurité induit tellement de pertes nutritives qu'il est important de les alimenter jusqu'au terme. Ensuite, on ne sait pas.



Docteur Yves LE BOUC

C'est aussi dans cette période qu'il y a les plus gros risques cardiovasculaires. Quel est le milieu qu'il faut prendre et sur quels critères ? Je pense que c'est difficile et compliqué.

Véronique BOURQUIN, chargée de communication à l'hôpital intercommunal de Créteil

Bonjour. Avez-vous des éléments d'approche concernant les grossesses multiples, jumeaux notamment, et l'impact de l'assistance médicale à la procréation, au regard de ces petits poids de naissance ?

Docteur Yves LE BOUC

La jumeauité a toujours donné des retards de croissance. Il y a des enfants qui sont de poids normal ou de petit poids. Vis-à-vis de l'aide médicale à la procréation, même quand on ne prend que les singletons, et même quand on est sûr qu'il n'y a pas eu de jumeaux, nous avons montré dans notre équipe pour la première fois qu'il y avait des retentissements sur des troubles de l'empreinte parentale. Nous avons un centre de diagnostic moléculaire et de suivi médical d'un syndrome que l'on appelle le Beckwith-Wiedemann Syndrom, un syndrome de surcroissance, des enfants qui naissent à 5 kilos, qui mesurent 55 à 58 centimètres, qui ont des pathologies variées (je ne vais pas m'étendre mais avec des risques mais aussi de cancer, de néphroblastomes) qui ne sont pas associées à l'aide médicale à la procréation. Nous avons observé que dans cette série importante de Beckwith, il y avait une augmentation de la fréquence d'enfants issus d'aide médicale à la procréation.

Plein de programmes ont été faits, de type épidémiologique et biologique, chez ces enfants-là, et nous avons un programme en France qui s'appelle EPIGEN, qui essaye d'étudier les évolutions au niveau du sang du cordon des enfants qui ont eu une aide médicale à la procréation par rapport à des gens qui ont eu simplement une stimulation ovarienne ou qui ont eu une grossesse spontanée.

Il n'est pas non plus interdit de se dire que la stimulation ovarienne va peut-être programmer de façon différente l'épigénétique, ou l'empreinte, dans le sens où la fin de la mise en place pour l'ovule se fait juste avant le quatorzième jour de l'ovulation. Je pense que j'ai été le premier à alarmer et à informer de cette situation, mais je ne crois pas être le plus inquiet. Pour l'instant, l'étude que nous avons ne montre pas une fréquence extrêmement augmentée. Des équipes avaient montré que c'était augmenté de quatre ou cinq fois par rapport à une situation de grossesse spontanée. Voilà un peu ce que je pouvais vous répondre.

Docteur Véronique DUFOUR

C'est passionnant et en même temps un peu terrifiant, quoi que vous en disiez. Pour revenir à des chiffres, si j'ai bien compris, c'est sur une cohorte de 800 000 enfants, vous avez calculé 10 %, cela fait 80 000 multiplié par 1 000, nous arrivons à peu près 87 millions, un peu plus. Je voulais dire par là que si nous comptons qu'il y a 7 % de préma aussi à peu près en moyenne, quelle est la frange de population qui regroupe les RCIU et les préma ? Cela fait combien ?

Alicia MARZOUK

Dans mon souvenir, nous avons 7 % de préma chez les RCIU.

Docteur Véronique DUFOUR

Il suffit de faire l'équation, d'accord.



Professeur Charlotte CASPER

Et nous avons une courbe de surcoût tout à fait claire. Il y a un surcoût très important pour la prématurité sévère (pas l'extrême prématurité car malheureusement il y a énormément de décès en période périnatale), et ensuite la courbe diminue en fonction du terme de l'enfant.

Alicia MARZOUK

Comme nous l'avons dit tout à l'heure, le surcoût est vingt fois plus élevé quand on est dans la tranche des prématurés.

Fabrice PAPILLON

Et plus on se rapproche du terme, plus cela décroît.

Professeur Claude DREUX

Je n'ai pas encore très bien saisi (peut-être suis-je le seul d'ailleurs) le rapport entre retard intra-utérin de croissance et prématurité. Les prématurés ont certainement un retard de croissance, ou pas forcément ?

Docteur Danièle EVAÏN-BRION

Quand un enfant naît petit, il a trois raisons de l'être. La première : il peut être né prématuré, il n'a pas fini sa croissance, il est de petit poids.

Professeur Claude DREUX

Il est en retard de croissance alors ?

Docteur Danièle EVAÏN-BRION

Non, on appelle cela un petit poids de naissance.

Professeur Claude DREUX

C'est subtil !

Docteur Danièle EVAÏN-BRION

Tout à fait. La deuxième raison : il a vraiment un retard de croissance intra-utérin. Il est né à terme mais il est petit. Pourquoi est-il petit ? Parce que pendant la vie fœtale, il a été insuffisamment nourri ou oxygéné, et de fait sa courbe de croissance à un moment donné s'est infléchie. C'est le vrai retard de croissance intra-utérin.

Comme je l'ai souligné, les deux sont possibles et souvent associés. Donc, il peut être prématuré, c'est-à-dire être né avant terme, et en plus avoir une restriction de croissance fœtale. Nous savons pertinemment maintenant que l'association des deux aggrave de façon tout à fait claire les conséquences de la prématurité.

Professeur Claude DREUX

Je complète ma question. L'Académie de médecine s'est prononcée là-dessus : pour les très grands prématurés, il y a une limite à la réanimation. On ne réanime que les prématurés dont on peut penser qu'ils feront un développement ensuite normal à tous points de vue. Ce n'est pas seulement un développement statural. Il y a aussi le développement des fonctions, en particulier des fonctions cognitives. En est-il de même pour les retards de croissance ? Y a-t-il une limite à ne pas dépasser avant la réanimation ? C'est ma deuxième question.



Professeur Charlotte CASPER

En ce qui concerne la prématurité et l'extrême prématurité, il y a un consensus qui fait que la prise en charge complète d'un prématuré se fait à partir de 25 semaines à peu près. Mais ce n'est pas 25 + 0, et 24 + 6 ce n'est pas bon. Il y a une zone grise et parfois, un enfant naît à 24 semaines et six jours, il va être plus vital et avoir un meilleur devenir qu'un enfant qui naît à 25 semaines et trois jours. Nous n'avons malheureusement pas trouvé une limite biologique en dessous de laquelle tout est noir et au-dessus de laquelle tout est clair.

Fabrice PAPILLON

C'est au cas par cas ?

Professeur Charlotte CASPER

Dans ces cas extrêmes de prématurité, oui, on peut dire que c'est individualisé en fonction de l'âge de l'enfant, de l'état du fœtus et de la volonté des parents. Ensuite, bien sûr, c'est adapté à la naissance et à l'enfant qui est devant nos yeux. Parfois, ce n'est pas comme on l'avait pensé. Il faut encore être capable de changer l'option. C'est un problème complexe.

Après, en ce qui concerne l'hypotrophie, globalement on peut dire qu'en dessous de 600 grammes, l'enfant est vraiment de très faible poids de naissance et les difficultés techniques sont extrêmes. Mais c'est une question de vision sur la médecine parce qu'aux Etats-Unis, au Japon, il y a des enfants qui sont réanimés à 350 grammes. Y a-t-il vraiment une limite ? C'est plutôt une discussion éthique.

Professeur Claude DREUX

Si je peux compléter ma question, nous avons parlé à deux ans de la possibilité de récupérer un poids normal, mais quid des fonctions cognitives en particulier ?

Fabrice PAPILLON

Nous avons parlé un peu des risques cognitifs.

Professeur Charlotte CASPER

Pour la prématurité en particulier, nous voyons un cerveau immature qui arrive dans un environnement complètement atypique. Le développement cérébral n'est pas terminé et probablement, toutes les techniques de soins autour de l'enfant peuvent être adaptées pour protéger le cerveau de l'enfant en développement. Il y a certainement de grands progrès à faire dans ce domaine-là, et nous voyons que nous pouvons le faire en posthospitalier également. L'atout de l'enfant est la plasticité cérébrale. Après, il n'y a pas de réponse très simple à cette question.

Marie-Astrid MACHUKA

Bonjour. J'avais une question par rapport à l'épigénétique : je voulais savoir s'il existait des travaux, des gens qui s'intéressent aux morts fœtales in utero, et dans quelle mesure l'épigénétique peut donner des éclairages sur les morts fœtales in utero qui restent à ce jour inexplicables – c'est la majorité des cas. Merci.

Docteur Yves LE BOUC

Je ne saurais pas vous répondre car ce n'est pas dans le spectre des pathologies que j'étudie. Il est vrai que cela peut tout à fait s'imaginer. Je n'ai pas connaissance des pathologies et des travaux qui ont eu lieu dans le cadre que vous évoquez. Désolé.



Fabrice PAPIILLON

Très bien. Je vous propose maintenant de passer à la deuxième table ronde. Merci beaucoup Danièle Evain-Brion, Charlotte Casper, Yves Le Bouc et Alicia Marzouk, d'avoir participé à cette première table ronde de l'après-midi. Merci infiniment. Evidemment vous restez près de nous, vous pouvez comme ce matin intervenir dans la suite.



Prévention, conseil de proximité, comment rompre le cercle vicieux des inégalités de santé ?

Table ronde animée par Fabrice PAPILLON, journaliste scientifique

Intervenants :

Professeur Claude DREUX, Président du CESPARM et membre des Académies nationales de médecine et de pharmacie

Docteur Véronique DUFOUR, pédiatre, médecin chargé de la protection infantile à la PMI de Paris

Khady NAKOULIMA, cofondatrice de Nest for all, Dakar, Sénégal

Fabrice PAPILLON

Je vous propose maintenant d'aborder la dernière table ronde, le dernier échange que nous allons avoir avant notre conclusion, sur : « *Prévention, conseil de proximité, comment rompre le cercle vicieux ?* ». Nous revenons à des questions de prévention que nous avons pu aborder en partie ce matin avec le professeur Claude Dreux que nous venons d'entendre, qui nous rejoint pour évoquer ces questions. Il est Président du CESPARM qui travaille sur la prévention et l'éducation santé au niveau des pharmaciens notamment, membre des Académies nationales de médecine et de pharmacie.

Le Docteur Véronique Dufour que nous avons également entendue, médecin-chef adjoint de la PMI de Paris, a évidemment une expérience très importante en termes d'appréhension notamment.

Khady Nakoulima, qui est cofondatrice de Nest for all, à Dakar au Sénégal, est venue nous parler notamment de ce programme en particulier, et de la manière dont vous essayez d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes tout au long du processus, y compris après la naissance.

Sur le plan de la prévention, nous avons une représentation que nous avons déjà un peu eue ce matin puisque nous avons déjà une représentante de la PMI et un pharmacien. Là, nous allons avoir un point de vue plus global puisque vous représentez ces deux instances. Notamment, honneur aux pharmaciens, Professeur Claude Dreux. Le CESPARM est une association que vous présidez et qui est associée directement aux programmes de prévention que vous menez avec la fondation PremUp, notamment la deuxième semaine de prévention organisée, qui va commencer lundi, à travers des communiqués, des affiches, pour sensibiliser les femmes sur : « *une grossesse sereine c'est une grossesse réussie* », dites-vous, ce joli slogan.

Globalement, quels sont si j'ose dire pour vous les thèmes ou les messages les plus importants en termes de prévention ?

Professeur Claude DREUX

Merci de m'accueillir. En effet, je représente le CESPARM qui est le Comité d'éducation sanitaire et social de la pharmacie, qui a pour but d'inciter les pharmaciens à aller encore plus avant dans le domaine de la santé publique, en particulier, comme vous l'avez dit, dans l'éducation à la santé, la prévention et l'éducation thérapeutique qu'il ne faut pas oublier.



Pourquoi ? Parce que les pharmaciens sont face au public, que ce soient les pharmaciens d'officine bien sûr, surtout au point de vue numérique, mais aussi les pharmaciens biologistes qui représentent 85 % des biologistes privés, et les pharmaciens des hôpitaux. Dans les officines en particulier, très fréquemment, les jeunes mères ou les jeunes femmes qui veulent avoir un enfant demandent des conseils aux pharmaciens pour l'alimentation des bébés, pour tout un tas de choses qui les concernent. Ils connaissent toute la famille généralement. Les pharmaciens sont très impliqués dans ce domaine.

Par ailleurs, au niveau des académies, nous avons étudié ce problème. Nous avons fait (je ne fais pas de publicité) un regroupement des rapports réalisés à propos de l'enfant et des personnes qui souhaitent en avoir, ou qui sont enceintes. Cela s'appelle « *L'enfant à naître, sa santé, son avenir* » et avait été animé avec moi par le Professeur Claude Sureau qui est très connu comme grand pédiatre.

Nous avons fait un rapport qui s'appelle « *Agir avant, pendant et après la grossesse* ». Il y a deux cas de figure. Il y a bien sûr avant la grossesse, et c'est le cas idéal si j'ose dire : ce sont les jeunes femmes qui souhaitent vraiment avoir un enfant. Nous pouvons leur conseiller évidemment la consultation pré-grossesse si j'ose dire. Il n'existe plus maintenant ou pratiquement plus, officiellement, d'examen pré-nuptial. Il a été supprimé et par conséquent, il y a un manque d'information considérable. Nous avons des exemples absolument ahurissants, du style : « *On ne peut pas être enceinte au premier rapport sexuel.* », des choses comme cela qui sont entendues dans les populations en particulier défavorisées à tous points de vue.

Avant la grossesse, la consultation et le contact avec le pharmacien permet de donner des informations sur l'abstinence (je crois qu'il faut insister là-dessus) du tabac pendant la grossesse, de l'alcool, de médicaments et en particulier de l'automédication – la vraie automédication, celle que l'on prend dans l'armoire à pharmacie ou que vous donne une voisine, et non celle qui consiste à demander au pharmacien des conseils sur les médicaments en vente sans ordonnance. Il y a de grands risques à ce sujet. Il y a d'autres problèmes infectieux, etc., je ne vais pas les passer en revue.

La consultation, l'information d'un patient, pourquoi ? Parce que si l'on pense en particulier à l'arrêt du tabac et de l'alcool, lorsque l'on tombe enceinte sans idée préalable, en particulier pour les grossesses non désirées, on ne peut pas arrêter brutalement de fumer, de boire, etc. Nous avons insisté tout à l'heure sur le rôle du tabac, je n'y reviens pas. Juste un point concernant l'alcool : il a bien été démontré en dehors des grands syndromes le syndrome d'alcoolisation fœtale tout à fait caractéristique. Mais le Professeur Nordmann en particulier, qui vient de nous quitter, qui a consacré sa vie à l'alcool, a montré qu'il y avait des risques pas pour toutes les femmes mais dès la première goutte d'alcool, qui apparaissent souvent au cours de la jeunesse, vers sept ou huit ans, avec des retards mentaux plus ou moins importants. Ces conseils doivent être donnés.

Fabrice PAPILLON

Conseils qui doivent être donnés le plus tôt possible. Vous dites que l'on ne peut pas arrêter brutalement quand on fume beaucoup ou que l'on boit beaucoup. Cela veut dire qu'il faut anticiper le projet de grossesse.

Professeur Claude DREUX

C'est ce que j'ai dit : c'est le cas idéal, c'est quand on a un projet de grossesse.

Fabrice PAPILLON

Le pharmacien peut le sentir avant les autres.

Professeur Claude DREUX

Non, il ne peut pas sentir qu'il va y avoir un projet de grossesse.



Fabrice PAPILLON

Sauf si c'est lié à lui, ce n'est pas ce que je veux dire.

S'il doit donner des réponses à des questions un peu orientées, il peut être le premier professionnel de santé à être au courant.

Professeur Claude DREUX

4 millions de personnes entrent tous les jours dans une pharmacie, dont beaucoup de jeunes femmes. Il n'y a pas seulement des vieillards qui fréquentent les pharmacies. Il y a également des jeunes femmes. Le conseil est gratuit surtout à ce niveau, et nous voudrions qu'il y ait de plus en plus (comme il y en a pour les traitements aux antivitamines K et à l'asthme) d'entretiens pharmaceutiques avec les jeunes femmes qui désirent avoir un enfant.

Le deuxième cas, c'est le moins bon : ce sont les femmes qui se trouvent enceintes sans l'avoir prévu. Je vous l'ai dit : avec les idées reçues qui règnent dans certains milieux, c'est catastrophique. Tout n'est pas perdu, et le pharmacien doit à ce moment-là être plus impératif encore : « *Arrêtez de fumer. Egalement, votre conjoint, si vous en avez un, doit arrêter parce qu'il y a aussi le problème du tabagisme passif. Arrêtez l'alcool.* » Pour 90 % des femmes, un verre de champagne pour fêter l'événement, cela n'aura pas de suite. Mais il faut arrêter le plus tôt possible de boire de l'alcool. Les autres conseils concernent les maladies infectieuses, la rubéole.

Fabrice PAPILLON

Conseillez-vous aussi d'orienter chez le médecin ?

Professeur Claude DREUX

Bien sûr. La première chose est d'orienter vers une consultation médicale car le médecin pourra faire la part des maladies antérieures, des problèmes particuliers de chaque personne.

Fabrice PAPILLON

Cela me permet de donner la parole au Docteur Véronique Dufour, médecin-chef adjoint de la PMI de Paris. Comme les pharmaciens, vous êtes au contact de diverses populations de femmes enceintes ou qui veulent tomber enceintes.

Docteur Véronique DUFOUR

Je pense que le premier interlocuteur familial est le médecin généraliste. En France, pour l'instant cela reste encore le généraliste. C'est dommage que dans toutes les officines il n'y ait pas un petit lieu un peu plus confidentiel. Il faudrait qu'il y ait cela, cela a été demandé pour diverses raisons, ne serait-ce que pour pouvoir vacciner dans son officine. Je pense que le médecin généraliste garde cette primeur, heureusement.

La PMI, ce n'est pas restricteur, ce ne sont pas que des centres de PMI. Nous avons toute une équipe de sages-femmes que vous avons vues ce matin, qui vont à domicile, de puéricultrices qui vont à domicile, des psychomotriciens, des médiateurs socioculturels, des interprètes, au service de la population des familles et des enfants. La principale vulnérabilité en 2014 est la sortie précoce de maternité. En nombre, ce n'est pas la précarité. Quand les femmes en Ile-de-France (et dans certaines grandes villes – c'est plus urbain probablement que dans les campagnes) sortent de la maternité à J3, et se retrouvent dans un isolement certain, c'est une vraie vulnérabilité.

Fabrice PAPILLON

Il faut respecter un certain rythme. Il n'y a pas assez de lits. Il faut respecter aussi les coûts d'hospitalisation.



Docteur Véronique DUFOUR

Nous parlons d'une sortie précoce à J2 : là, nous parlons de J3, il est certain que cela ne va pas s'améliorer. Il est vrai que les centres de PMI sont presque une annexe de la maternité. Il y a différents systèmes tels que le PRADO (il y en a plein dans la salle qui connaissent), l'HAD, qui aident à cette prise en charge de ces bébés vulnérables, de ces mamans vulnérables, de ces familles vulnérables, car le père peut être tout aussi désemparé et il est quelquefois très présent, heureusement. Je pense que c'est là qu'il faut porter son effort et être à l'écoute.

Pour le suivi d'enfants vulnérables, il y a des réseaux maintenant qui se mettent en place. Il est vrai que cela concerne beaucoup plus les grands prématurés, les moins de 33 semaines, avec un suivi jusqu'à sept ans. Il y a quand même quelque chose de très défini là-dessus. La précarité est une chose, nous sommes très à l'écoute bien sûr de cette précarité, mais notre problème de vulnérabilité est plutôt, en quantité, ces sorties précoces de maternité.

Fabrice PAPILLON

Il faut pouvoir assumer une sorte de transition avant d'être à l'aise à la maison.

Docteur Véronique DUFOUR

C'est-à-dire une certaine disponibilité, très rapidement. Un enfant doit être vu. L'HAS a sorti des recommandations avec une visite médicale à quinze jours. C'est difficilement tenable, aussi bien en cabinet médical qu'en rendez-vous chez un pédiatre (en tout cas à Paris, mais c'est pareil en province puisque c'est une race en voie d'extinction). Nous avons plutôt des délais d'un mois, deux mois, trois semaines, rarement aussi rapidement. En tout cas, notre effort porte très clairement sur le fait d'être à la disposition de la population dès la sortie, au moins pour une prise en charge de puériculture, et que la première consultation médicale soit la plus rapide possible. C'est encore une consultation médicale très préventive, où l'on est à l'écoute de l'enfant qui vient de naître, avec des critères (les fémorales, les hanches) très médicaux.

Fabrice PAPILLON

Vous parliez de dispositifs et de la manière d'accompagner : quand le séjour en maternité se réduit, trouver un dispositif qui permette quand même aux femmes enceintes puis aux jeunes mamans d'être bien accompagnées. C'est justement l'objet d'un programme. Vous savez que nous avons beaucoup d'attention depuis ce matin pour les pays du Sud, nous en avons parlé à plusieurs reprises. Nous nous intéressons au fonctionnement, aux difficultés particulières, au contexte particulier des pays particulièrement d'Afrique subsaharienne.

Vous, Khady Nakoulima, vous avez mis en place un programme qui s'appelle Nest for all à Dakar, au Sénégal. Vous proposez à certaines femmes qui peuvent le faire de les accompagner pour désengorger notamment le système public qui, nous l'avons dit ce matin, peut être parfois défaillant, en tout cas insuffisant, pour leur permettre d'avoir une grossesse sereine et des premiers moments avec leur bébé sereins. Pouvez-vous nous raconter le dispositif ?

Khady NAKOULIMA

Je suis cofondatrice de Nest for all qui est un réseau de structures privées dédiées à la femme et à l'enfant au Sénégal, à Dakar. Nous mettons en place des cliniques et nous offrons un suivi de la femme, de la conception jusqu'à l'accouchement, puis de l'enfant, de la naissance à l'adolescence. Nous faisons aussi beaucoup de prévention avant la conception notamment, pour des questions de contraception, de planification familiale.

Nous proposons une prise en charge de qualité à un coût raisonnable, parce que jusqu'aujourd'hui, l'offre était très binaire au Sénégal : des cliniques privées excessivement



chères où le prix de l'accouchement démarre à 600 euros, voire 750 euros, des structures publiques avec des centres de santé de niveau 1, et des hôpitaux publics, l'équivalent du niveau 3, qui sont quand même payants.

Fabrice PAPILLON

Et beaucoup plus accessibles.

Khady NAKOULIMA

Beaucoup plus accessibles, qui doivent absorber 80 % de la population actuellement.

Fabrice PAPILLON

Vous avez trouvé un système intermédiaire en quelque sorte ?

Khady NAKOULIMA

L'offre que nous proposons par exemple pour l'accouchement va démarrer à 300 ou 350 euros pour la femme. Cela permet de désengorger un peu l'hôpital public de certaines femmes qui ont les moyens de payer un peu plus et qui sont prêtes à le faire pour avoir une meilleure qualité de service.

Fabrice PAPILLON

En termes de prévention, sur cette période dont nous parlons, la grossesse notamment, quels sont les conseils spécifiques ? Nous avons beaucoup parlé ce matin des spécificités dans l'environnement particulier socio-économique, culturel, sanitaire des pays d'Afrique subsaharienne. Quels sont les messages de prévention que vous faites passer ?

Khady NAKOULIMA

La première chose est que nous essayons de faire en sorte que les femmes viennent très tôt au moment de leur grossesse faire leurs consultations prénatales. Nous leur disons par exemple, quand nous aménageons des tarifs pour elles, que c'est à condition qu'elles viennent faire tout leur suivi prénatal au sein de notre structure. Souvent, les femmes font le choix de l'endroit où elles doivent accoucher de façon complètement décorrélée de l'endroit où elles ont fait leur suivi. Elles arrivent donc dans des structures qui n'ont pas prévu de les accueillir, qui ne les connaissent pas et qui ne connaissent pas leur dossier médical, donc qui peuvent faire des gestes des fois non appropriés pour ces femmes.

Fabrice PAPILLON

Il faut rappeler que contrairement au système français, occidental, dans lequel il y a eu beaucoup d'améliorations au fil des années, dans ce système-là par exemple on ne peut pas s'inscrire dans une maternité : on débarque, et s'il y a une place tant mieux.

Khady NAKOULIMA

Tout à fait. Il n'y a pas suffisamment de places. La demande est bien supérieure à l'offre. Il est impossible pour les femmes de s'inscrire à l'avance dans une maternité. Cela crée une forme d'angoisse et d'anxiété au moment de l'accouchement parce qu'elles peuvent passer deux heures dans la circulation à chercher une place où accoucher. Il y a un deuxième facteur qui est important dans la décision de l'accouchement : c'est le poids de la belle-famille, de la belle-mère ou du beau-père.

Fabrice PAPILLON

C'est international.



Khady NAKOULIMA

C'est très particulier au Sénégal. Quel que soit le milieu social, la belle-mère a son mot à dire sur l'endroit où elle va accoucher. Nous parlions tout à l'heure du retard à aller au niveau de la maternité : des fois, la femme va ressentir des douleurs mais la belle-mère va dire : « *Ce n'est pas le moment, tu peux encore supporter, nous allons attendre avant d'aller à l'hôpital.* » La deuxième chose est l'endroit où elle va accoucher. Elle peut dire : « *Tu n'as pas besoin de luxe, nous allons à l'hôpital public.* », ou : « *Moi, j'ai accouché à la maison ou dans un centre de santé, cela s'est très bien passé.* » La troisième influence est sur le choix, par exemple, de la péridurale : elle est très peu pratiquée au Sénégal et souvent les belles-mères la refusent.

Fabrice PAPILLON

Elles prennent les décisions ?

Khady NAKOULIMA

Elles prennent les décisions. C'est des fois lié au fait que la femme n'est pas autonome financièrement. Elle ne prend pas en charge sa grossesse elle-même, ni son accouchement.

Fabrice PAPILLON

Il faut rappeler qu'il n'y a pas de « sécurité sociale » au sens strict, sauf pour les fonctionnaires qui ont une couverture.

Khady NAKOULIMA

C'est l'emploi formel qui donne accès à une couverture médicale. Soit on est fonctionnaire de l'Etat, on a une couverture médicale mais qui n'est acceptée qu'à l'hôpital public, ou alors on est recruté dans une entreprise privée, auquel cas on peut avoir accès à une clinique privée. Cela ne représente au total que 20 % de la population.

Fabrice PAPILLON

Pour les 80 % restants, c'est la belle-mère ou la belle-famille qui prend en charge.

Docteur Véronique DUFOUR

Quel est le temps de séjour à la maternité, dans le cadre d'une grossesse normale, d'un accouchement normal, dans votre système de Nest for all ?

Khady NAKOULIMA

Le temps classique pour un accouchement par voie basse, ce sont trois jours d'hospitalisation. Pour la césarienne ce sont cinq jours d'hospitalisation. Un peu comme en France. Quand l'enfant a besoin de rester plus longtemps, on garde la maman et l'enfant.

Fabrice PAPILLON

La table ronde est un peu plus courte, c'est la dernière. Nous allons nous arrêter là pour nos échanges et nous allons les poursuivre avec vous, un petit quart d'heure de questions-réponses avant les conclusions.

Qui souhaite intervenir sur les questions de prévention, aussi bien en France, notamment au niveau pharmaciens ou PMI, ou système de santé français, que sur un exemple du Sud comme au Sénégal ?



Nicolas BOULAN

Bonjour. Je m'occupe de financement privé. J'ai une petite question sur la population. Je reviens un peu en amont sur les deux sujets que nous avons évoqués préalablement. Les populations sont touchées particulièrement par ces histoires de prématurés, de retards de croissance à la naissance, etc. Sur le plan statistique, a-t-on établi aussi une cartographie des types de population ? En particulier Madame, vous qui travaillez spécifiquement à Paris, avec la diversité de populations que, j'imagine, vous rencontrez tous les jours, peut-on se dire que si l'on veut faire des actions de prévention particulières, il y a telle ou telle catégorie de personnes qu'il faut approcher et pour lesquelles il faut avoir une attention particulière ?

Docteur Véronique DUFOUR

J'étais restée sur quelque chose de plus général. Je ne parlerai que pour ce que je connais, donc le département et la mairie de Paris, son service de PMI. Suivant que l'on travaille dans le nord-est parisien ou dans le V^e ou dans le XV^e, notre politique n'est pas du tout la même. Nous ne pouvons pas avoir une harmonisation de nos pratiques complète car nous nous adaptons à la population.

Je parlais avec les intervenants de la dernière table ronde de ce matin. Je leur disais : « *La santé communautaire, on en fait beaucoup.* » Nous avons même des formations de notre personnel en santé communautaire car il est vrai que nous avons beaucoup de populations de l'Est qui arrivent (des Tchétchènes, des Russes). Il a fallu que nous nous adaptions à cette demande. Il y a vingt ans, nous avions encore beaucoup de Maghrébins dans notre population. Nous en avons toujours autant mais nous n'avons plus besoin d'adapter quoi que ce soit parce qu'ils sont inclus dans la population, il n'y a plus besoin d'interprètes ni de médiateurs. Nous avons des Sri Lankais par exemple, là il y a une grosse adaptation à faire. Nous faisons même des arbres à palabres pour les populations tamoules ou autres. Dans les centres de PMI, je n'en ai pas parlé mais nous avons des ateliers ciblés par rapport à la population. Je disais que nous faisons de la santé communautaire adaptée à chaque quartier de Paris. C'est pareil dans le 93, à des échelons différents suivant que les conseils généraux veulent y mettre de l'argent ou pas.

En ce moment en tout cas, le handicap, la précarité et l'accès égalitaire de tous à ce genre de soins et de prévention est en avant.

Professeur Claude DREUX

Si je peux ajouter un mot, il est évident que dans le problème de la prévention en général, il y a un gap extrêmement important entre les populations dites « favorisées » qui reçoivent les messages et qui parfois en tiennent compte, et les populations défavorisées pour lesquelles la santé n'est pas la préoccupation essentielle. Il faut faire un gros effort pour essayer de réduire cette fracture entre les deux bénéficiaires. C'est absolument évident.

Vous avez cité l'exemple du médecin de famille qui est évidemment extrêmement important. Ma fille est médecin généraliste dans une banlieue nord-est, avec deux types de populations : il va y avoir de moins en moins de médecins généralistes. Egalement moins de pharmaciens. Par conséquent, il y a un gros problème. C'est pour cela qu'il faut une union de tous les professionnels de santé pour distribuer la bonne parole.

Professeur Charlotte CASPER

C'était juste un commentaire par rapport à la sortie précoce qui est beaucoup discutée actuellement. Nous avons une vision un peu négative. Historiquement, aux Etats-Unis, les sorties précoces étaient un peu obligées par les sociétés d'assurances, ce qui a fait qu'il y a eu beaucoup de morbidité. La vision scandinave de la sortie précoce, qui est également ancienne, est plutôt le fait qu'il y a un autre endroit pour prendre en charge l'enfant : au sein de sa famille, à la maison. Ce n'est pas forcément négatif. Il y a d'autres formes de

soins que la maternité. La maternité a une offre de soins mais on peut proposer des alternatives dans certaines situations.

Fabrice PAPILLON

Vous n'avez pas plus de problèmes en néonatal car les personnes sont sorties plus tôt ?

Professeur Charlotte CASPER

Il faut cibler les sorties précoces et avoir un bon circuit d'aval, puis bien envisager le retour, le circuit de réhospitalisation, pour éviter que ces enfants passent par les urgences. Après, je pense que c'est tout à fait possible.

Docteur Véronique DUFOUR

Je suis entièrement d'accord. C'est ce à quoi nous nous employons. Quand je disais que nous étions une annexe, c'était positif comme parole. Cela plus plein d'autres choses qui sont faites comme le PRADO, c'est pour assurer un retour à la maternité. Beaucoup de femmes préfèrent rentrer chez elles, c'est évident.

Sophie CHAPUIS, sage-femme

Bonjour. Nous avons parlé ce matin des inégalités d'accès aux soins, nous en avons reparlé un peu maintenant. Il y a un outil en France que l'on n'utilise pas beaucoup et dont nous avons un peu parlé ce matin (de façon un peu annexe parfois), ce sont les sages-femmes. On a dit ce matin que l'on pouvait poser des questions au médecin, c'est vrai évidemment, mais les sages-femmes peuvent apporter une égalité d'accès aux soins. Nous sommes toutes secteur 1, par exemple.

Fabrice PAPILLON

Par exemple les sages-femmes libérales ? C'est ce que vous voulez dire ? Nous parlons de cela plutôt.

Sophie CHAPUIS

Bien sûr mais c'est un outil sans doute pas suffisamment utilisé en France par rapport aux médecins.

Fabrice PAPILLON

Entre pharmaciens, généralistes, sages-femmes libérales, il y a de quoi faire.

Sophie CHAPUIS

C'est un bon moyen de permettre à toutes les femmes d'accéder à un bon suivi de grossesse et à un suivi précoce.

Docteur Véronique DUFOUR

J'avais la notion que vous étiez un peu débordés, et que quand on dit à la maternité à une femme : « *Cherchez la sage-femme qui va vous faire votre suivi postnatal lors de votre retour de la maternité.* », elles avaient beaucoup de mal à en trouver des disponibles dans les 24 heures.

Sophie CHAPUIS

Cela ne concerne pas que le post-partum. Les sages-femmes peuvent faire des consultations prénatales, mais aussi de planification familiale, de suivi gynécologique de base.



Fabrice PAPILLON

C'est bon à rappeler. Vous n'intervenez pas juste, comme c'est le cas le plus connu, en post-partum.

Sophie CHAPUIS

Je dis « *nous* », je ne suis pas sage-femme libérale mais nous sommes souvent plus disponibles pour permettre aux patientes d'être vues plus vite, notamment pour tous les aspects de la vie de la femme.

Edith LAUNAY

Je voulais ajouter pour les sages-femmes libérales qu'elles font des consultations de gynécologie, et nous ne le savons pas assez, elles sont secteur 1, cela coûte moins cher à la collectivité et il y a beaucoup de sages-femmes qui sont soit tabacologues, soit alcooliques. La boucle bouclée.

Fabrice PAPILLON

Formidable ! Vive les sages-femmes ! Et les infirmières, nous n'en avons pas parlé. Il y a une belle population médicale et paramédicale en France.

Jennifer BRUYERE, infirmière

Bonjour. Je travaille pour ma part en service psychiatrique. Ce qui me gêne un peu depuis ce matin, c'est que nous avons trop peu parlé de toutes les personnes atteintes par les pathologies psychiatriques. Pour ma part, nous nous sommes retrouvés, dans mon service, plusieurs fois assez démunis.

Fabrice PAPILLON

Dans quel service êtes-vous ?

Jennifer BRUYERE

Je suis dans un secteur de psychiatrie, d'admission, dans la Sarthe. Le problème est que la plupart du temps nous nous retrouvons avec nos patientes et effectivement elles se retournent plus facilement vers nous. Elles passent, je pense, à travers les mailles du filet de la prévention (que ce soit de la planification, de la contraception), et nous nous retrouvons un peu démunis. Après, ce sont des patientes qui ont de gros risques et qui sont très vulnérables de par leur pathologie et les traitements qu'elles prennent.

Fabrice PAPILLON

Danièle Evain-Brion, vous vouliez réagir à cela justement.

Docteur Danièle EVAIN-BRION

Je voulais juste dire que le sujet est tellement riche que nous avons été obligés cette année de choisir certains topiques. Il est très clair qu'il y aura une session 2 : ce que vous soulignez sera abordé l'année prochaine.

Fabrice PAPILLON

Voilà une réponse concrète. Vous avez raison : nous ferons une journée spéciale pour aborder notamment cette question centrale.

Une ou deux dernières questions avant les conclusions ?



Domitille RENAUD

Vous dites « *à travers les mailles de la prévention* ». Aujourd'hui, qu'est-ce qui est mis en place en termes de prévention ? Qu'est-ce qui existe ? Vers où pouvons-nous proposer aux femmes de se tourner ou de faire se tourner leurs filles, en préconceptionnel, ou lorsque les femmes sont enceintes et qu'elles s'inquiètent au sujet de la nutrition, par exemple, de leur enfant ?

Fabrice PAPILLON

Nous avons parlé du rôle du pharmacien, du généraliste. On va voir un professionnel, sage-femme, pourquoi pas infirmier, nous l'avons dit.

Domitille RENAUD

La conclusion est : nous comptons sur les professionnels de santé pour avoir le discours qui va bien, à chaque personne individuellement, au sein des consultations ?

Fabrice PAPILLON

Oui, a priori.

Professeur Claude DREUX

Je crois qu'il faut militer pour une consultation préconceptionnelle qui serait quasi systématique et qui pourrait rappeler un certain nombre de choses, en particulier l'importance de l'âge de la grossesse, etc., en dehors des conseils dont nous avons parlé tout à l'heure.

Aussi, je ne sais pas si cela existe mais quand nous avons fait ce bouquin en 2011, nous avons beaucoup insisté sur la première consultation prénatale. Cela a peut-être changé mais à ce moment-là c'était dans les trois premiers mois de grossesse et nous militions à l'Académie de médecine pour que ce soit dans le premier mois. Le premier mois, c'est crucial en ce qui concerne un certain nombre d'accidents, en particulier sur l'embryon. Je ne sais pas où nous en sommes actuellement.

Docteur Danièle EVAIN-BRION

Je ne répondrai pas à la question de Monsieur Dreux. Je voulais juste souligner l'importance de ce réflexe. C'est l'objectif de la semaine de prévention que lance PremUp pendant la semaine qui va suivre ces Assises : « *j'ai envie d'un bébé, je consulte un professionnel de santé* ». Le rôle de PremUp est vraiment de réunir toutes les compétences. Nous les avons cités, ce sont tous les professionnels de santé.

Fabrice PAPILLON

Dans quelques secondes, vous allez voir les visuels sur la semaine.

Docteur Danièle EVAIN-BRION

Ce sont le médecin traitant, le gynécologue, le médecin du travail (nous n'avons pas parlé du médecin du travail pour les femmes exposées, ce matin), les sages-femmes, la PMI, les pharmaciens, les infirmières. C'est le rôle de PremUp de réunir toutes ces communautés qui s'occupent de la femme enceinte pour passer ce message essentiel : « *J'ai un projet de bébé, j'en parle et je demande conseil à un professionnel de santé, avant même l'arrêt de la contraception.* » Et pour être provocatrice, une grossesse c'est un minimum de douze mois.

Fabrice PAPILLON

Au moins douze mois. Les trois mois d'avant comptent autant.



Professeur Claude DREUX

Le CESPARM et PremUp vont faire distribuer dans les pharmacies ce petit document très simple mais très bien fait, sur en premier lieu la consultation médicale, le rôle ensuite du pharmacien et des autres professionnels de santé.

Fabrice PAPILLON

Il est quasiment 16 heures. Je crois que vous aviez une toute dernière remarque ou question.

Marie-Astrid MACHUKA

Je voulais juste pour rebondir sur les échanges qu'il vient d'y avoir. Il y a aussi depuis 2006 officiellement, légalement, des réseaux de périnatalité qui couvrent tout le territoire national, y compris dans les DOM-TOM, et qui ont pour rôle de faire en sorte que les professionnels de la périnatalité que vous avez tous cités se parlent et travaillent ensemble. Ils ont pour rôle de collecter les ressources et de les ventiler. Les ressources du territoire, bien sûr, mais aussi toutes les informations. Typiquement, ce genre de manifestation peut être tout à fait relayé par les réseaux de périnatalité. Je pense que c'est important aussi de souligner ce type d'organisation.

Fabrice PAPILLON

Merci à vous. Merci beaucoup, Claude Dreux, Véronique Dufour et Khady Nakoulima, d'avoir participé à cette dernière table ronde. Merci infiniment.

Nous arrivons au terme de cette journée de débats passionnants grâce à la qualité de nos nombreux intervenants et surtout des échanges extrêmement féconds avec vous, avec la salle depuis ce matin. Je vous en remercie infiniment. Nous aurons l'occasion de vous le redire, notamment avec le Président, dans quelques minutes.



Le regard du grand témoin

Docteur Aldo NAOURI

Pédiatre

Fabrice PAPILLON

Il est temps maintenant de faire intervenir le grand pédiatre Aldo Naouri qui nous a fait l'amitié et l'honneur d'être présent depuis ce matin pour être vraiment attentif et à l'écoute – il a même participé, posé des questions, fait des remarques – pour tirer les conclusions de tous ces échanges. Docteur, nous vous laissons volontiers la parole pour vous écouter. Soit vous vous asseyez avec un micro, soit vous vous mettez devant le pupitre. Si vous préférez être là, je vais rester près de vous.

Docteur Aldo NAOURI

Je préfère être assis, je suis trop vieux. Mais je profite justement de cet âge pour dire que je ne vais pas répéter ce qui s'est dit aujourd'hui, je ne crois pas être capable de faire la synthèse de toute une quantité d'informations plus passionnantes les unes que les autres. Elles ont eu l'avantage d'être extraordinairement frustrantes : ce sont des informations qui ne sont pas allées jusqu'au bout, on n'a pas donné l'ensemble des détails et l'on aimerait bien en avoir plus.

Ce qui me frappe dans une réunion comme celle-là, c'est le souci d'accumuler le plus de savoirs possible et le plus de technicité possible : faire en sorte que nous ayons les gestes adéquats, les compétences, et le savoir, pour faire en sorte que les risques soient réduits à zéro. C'est pour cela que ce matin, la seule question que j'ai posée était : « *Pourquoi, quand on sait qu'il y a tellement de polluants, ne les interdit-on pas ?* ». Les enjeux sont infiniment plus importants que les quelques économies de vies que nous pourrions avoir à déployer tous les moyens.

Je ne vais pas aller dans ce sens mais je vais me faire témoin. Je vais me faire d'autant plus témoin que j'ai pour particularités :

- d'être né en Afrique saharienne ;
- d'avoir eu une enfance dans laquelle on m'emmenait plus chez le marabout que chez le médecin parce que chez le marabout c'était gratuit, chez le médecin il fallait payer et nous n'avions pas de fric ;
- d'avoir ensuite fait des études, d'être devenu pédiatre et d'avoir exercé la pédiatrie de ville sur ce fond-là ;
- de m'être rendu compte d'une chose : ma formation de pédiatre, avec tout le savoir que j'avais accumulé, m'avait tout simplement préparé à un métier qui n'était pas celui que l'on me demandait d'exercer.

Pourquoi ? Parce que chez le pédiatre, ce qui s'exprime le plus, c'est la maman. Chez le pédiatre, ce qui circule, c'est de la parole, qui n'est pas toujours accessible à l'entendement pour lequel les oreilles du futur pédiatre ont été formatées. Nous sommes formés comme médecins et nous travaillons avec notre formation technique, en ne comprenant pas que nous avons affaire à des êtres humains qui ont une sensibilité, qui précisément dans une aventure comme celle de la grossesse, retournent aux éléments les plus archaïques de leur psyché, peuvent exprimer des angoisses qui ne sont pas compréhensibles.



Il est fondamental que l'on rappelle aux médecins qu'ils ont affaire à des êtres humains et non pas du tout à une machine à survie qui a accouché d'un moyen de garder en elle et de mettre en place en elle une future machine à survie. Nous ne sommes pas des machines. Il a fallu que je vive ce que j'ai vécu pour me rendre compte jusqu'à quel point ce secteur sur lequel j'ai cherché à attirer l'attention pendant toute ma carrière, et sur lequel j'ai beaucoup écrit, est de plus en plus négligé. Tout à l'heure, quand j'ai entendu une infirmière parler du secteur psychiatrique et de ce qu'elle peut éventuellement recevoir, je me suis dit : « *Enfin !* »

Je suis rassuré : Madame Brion nous a dit que nous aurions l'année prochaine une formation du côté du psy. Mais je voulais vous rendre témoins de quelque chose que j'ai vécu. Je m'en fais témoin. C'est bien cela puisque je suis le grand témoin. Tout à l'heure, j'ai demandé à Monsieur l'accoucheur de me dessiner la courbe en U, vous savez, cette fameuse courbe en U.

Fabrice PAPILLON

C'était Alexandre Dumont.

Aldo NAOURI

Elle est très importante car il se passe des choses autour de cette courbe en U, en tout cas je témoigne de ceci. J'ai une fille qui a eu deux premiers enfants, jeune, qui en a eu un troisième, puis qui a été enceinte une quatrième fois. Ses enfants avaient 20 ans, 17 ans, 3 ans et cette grossesse.

Elle a décidé d'aller dans un grand hôpital parisien. Elle a cherché à se faire pistonner. Elle s'est fait pistonner. Ce n'est pas moi qui l'ai pistonnée. Elle est arrivée dans un grand hôpital parisien. Elle avait un énorme problème qui faisait que de toutes les façons on la touchait comme si véritablement cela allait être l'horreur : elle allait sur ses 46 ans. Elle a eu beau expliquer que tout allait bien, qu'elle se sentait bien, que c'était sa quatrième grossesse, on ne la prenait pas au sérieux. De la même manière que l'on ne l'a jamais prise au sérieux quand pendant ses trois précédents accouchements elle a refusé la péridurale en disant : « *Je veux accoucher normalement.* » Ce n'est pas une baba cool. C'est une normalienne qui est écrivain. C'est une intellectuelle. C'était sa manière de faire.

Là-dessus, quand on a essayé de critiquer les choses, elle a dit : « *Ma grand-mère paternelle a eu dix enfants, elle accouchait, deux heures après elle faisait la lessive. Mes tantes ont accouché en Afrique du Nord sur la table de la cuisine.* » Elle trouvait que c'était une sorte de processus qui en quelque sorte (pourrais-je dire en faisant une interprétation sauvage) la ramenait au fait que son père a été en définitive amené chez les marabouts pour les consultations.

Cette grossesse se déroule. Quand le problème se pose, non seulement elle va sur ses 46 ans mais en plus elle ne sait pas quel est son terme. Panique dans le service.

Sur ces entrefaites, comme la grossesse se poursuit et qu'elle va presque s'achever, survient un élément abominable : sa mère tombe malade, est hospitalisée et le diagnostic est gravissime. Tous les jours, elle va à l'hôpital, on la monitore et on lui dit : « *On vous déclenche.* » Elle dit : « *Non, il n'en est pas question. Je me sens bien, mon bébé bouge bien.* » Savez-vous ce qu'on lui répond ? « *Un bébé qui n'est pas venu au monde n'est toujours pas un bébé vivant.* » Elle dit : « *Qu'est-ce que cela veut dire ?* » On lui répond : « *Vous savez, Madame, là-dedans c'est tout pourri.* » Textu. Il faut le faire. En 2012, dans un grand hôpital parisien.

Là-dessus, sa mère meurt. Elle n'a toujours pas accouché. Elle va à son monitoring le jour où sa mère meurt et elle dit que sa mère est morte. On lui dit : « *On vous déclenche.* » Elle dit : « *Non, je veux assister aux obsèques de ma mère.* » On lui dit : « *On vous déclenche, on garde le bébé et vous allez assister aux obsèques de votre mère.* » C'est criminel, c'est inhumain. Elle tient le coup, elle sort de là et elle retournera deux jours après les obsèques de sa mère pour accoucher. Elle accouche dans la pièce où elle est, sans



que jamais à aucune espèce de moment une sage-femme ne fût venue. C'est son mari qui sur le lit sort l'enfant. Son mari m'appelle pour me dire que tout va bien, elle est née, c'est une petite fille.

Je me dis : « *Sa mère morte, elle a besoin d'un parent.* » Je me précipite sur mon téléphone pour dire : « *Il est 8 heures et demie et demie du matin, ma fille a accouché, je voudrais venir.* » On me dit : « *Monsieur, c'est interdit, pas de visite avant 5 heures.* » Je dis : « *Ecoutez, sa mère est morte, elle a besoin d'un parent auprès d'elle. On sait ce que sont les conditions d'une femme qui vient de mettre au monde dans des situations comme celle-là !* » On me dit : « *Cela n'a rien à voir, les visites à 5 heures.* » Je dis : « *Je suis médecin.* » On me dit : « *On n'en a rien à faire.* » Alors, on me raccroche au nez.

Je retéléphone et je demande le chef de service. Je dis mon nom. Le chef de service, textuellement me dit : « *Ah, Naouri !* » J'avais fait une conférence dans son service cinq ans avant. Je lui raconte ce qui se passe. Il me dit : « *Venez, je vous ouvre le bar.* » Je répète les mots. J'y vais et là, je tombe sur lui puisque de toutes les façons je ne pouvais pas accéder à la chambre sans passer par lui. Je lui raconte et je lui dis : « *Que sont ces médecins qui disent ce genre de choses ?* » Il me dit : « *Vous savez, nous avons tellement de femmes qui regardant la montre se disent : "C'est trop tard.", elles vont en Espagne, se font faire des enfants, mais mon vieux, 46 ans c'est une pathologie.* » La courbe en U. A ce moment-là, je lui dis : « *J'ai vécu en Afrique du Nord, il y a des femmes qui mettaient au monde des bébés à 50 ou 52 ans.* » Il me répond : « *Oui, mais si elles mettaient au monde un mongolien, on ne leur faisait pas un procès.* »

Alors c'est formidable, le progrès que l'on applique. Tout à l'heure, nous avons parlé du fait que le séjour est de J3. Mais quand j'étais gamin et que je faisais mon internat, le séjour d'une mère était de douze jours dans un hôpital. Pourquoi était-ce douze jours ? Tout simplement parce que le parti communiste avait 25 % de voix et disait qu'il fallait faire des lits pour diminuer le budget de l'armée. Il fallait augmenter celui de la santé. Pourquoi sommes-nous passés à trois ? Pourquoi ne sommes-nous pas passés à huit ? On n'a pas fait d'épidémiologie, on a regardé ce qui se passait ailleurs et l'on a fini par passer à J3.

Encore une fois, il faut faire un peu d'histoire dans tout cela. Quel est le taux de progrès que nous avons faits par rapport à l'époque où les femmes accouchaient chez elles, à domicile ? Qu'a apporté cette médicalisation de la grossesse ? Je n'ai pas vu de statistiques disant ce qu'il en était. Nous sommes là dans des effets où ce qui me paraît circuler le plus, c'est une sorte d'entretien de l'inquiétude. Nous sommes des humains et nous sommes inquiets, nous cherchons à nous rassurer. Disons-nous qu'en face, nous avons des êtres humains encore plus inquiets que nous, qui n'ont pas le savoir que nous avons. C'est ce que je voulais dire.

Fabrice PAPILLON

Merci beaucoup pour ce témoignage poignant, Aldo Naouri, merci infiniment.

Après ce moment très intime et très fort, je vous propose de terminer avec les conclusions finales du Président de PremUp. Lui aussi a écouté cette journée, le Docteur Robert Dahan qui a pris des notes et qui va donner également sa vision, peut-être beaucoup moins personnelle de cette journée et de ce qu'il a retiré de ces débats.



Clôture

Docteur Robert DAHAN

Président de la fondation de coopération scientifique PremUp

C'est très compliqué de passer après un témoignage personnel. On se dit : « *Est-ce que je donne le mien ?* ». Vous avez vu que PremUp est très libéral dans l'expression des paroles des autres. C'est très bien. Merci de nous avoir donné ces paroles. J'ai presque hésité (car je pense que cela a aussi à voir avec le sujet d'aujourd'hui) à vous faire part de mon expérience à moi, que j'ai vécue par l'intermédiaire de l'un de mes enfants. Je vais vous la dire en deux minutes.

Ma fille a accouché à 25 semaines, en plein dans la zone grise qui a été décrite tout à l'heure. Comme elle a toujours été extrêmement volontaire, elle a accouché non pas d'un mais de deux enfants. Un était très largement en dessous des normes de réanimation et la deuxième pesait à peu près 600 grammes à la naissance. Ce n'est pas cela qui est important. Ce qui est important, c'est que l'on me l'a présenté. J'étais à Londres et je suis revenu en catastrophe. Je suis probablement le premier à l'avoir vu. Ma réflexion a été : « *Mais que fait-on ?* » Non pas « *Que fait-on ?* » parce que la décision était prise de l'amener en réanimation, mais : « *Que fait-on de l'amener en réanimation ? Si cet enfant meurt dans les trois ou quatre jours, sa mère ne va jamais s'en remettre.* » Ma petite fille a six ans, elle est bilingue, elle vit à New York, elle est parfaite, elle est heureuse, elle rend son grand-père extrêmement heureux.

Nous sommes dans des situations, la mère et l'enfant, qui sont nos situations les plus intimes. Ce sont les situations les plus intimes d'abord parce que ce sont les situations qui doivent être par définition les plus naturelles, les plus joyeuses, les plus heureuses. Elles se passent le plus naturellement, le plus joyeusement, le plus heureusement possible dans la majorité des cas. Mais je crois qu'il faut que cela, nous le gardions en tête. Cela rejoint une remarque du Professeur Naouri, terminant de manière presque un peu brutale : « *Avons-nous apporté quelque chose depuis les années 50 ?* » En même temps, il faut savoir qu'il y a tant dans le mieux naître pour le mieux vivre qu'il faut se battre pour le mieux naître.

« *L'environnement de la femme enceinte et son impact sur la santé de l'enfant* » ont été le cadre de ces septièmes Assises organisées par PremUp. Je voudrais dire un certain nombre de mercis. N'ayant pas atteint l'âge de sagesse du Professeur Naouri qui a décliné de faire le résumé de ce qu'il avait entendu, j'ai pris la liberté, l'ambition et probablement l'imbécillité de tenter cet exercice par l'intermédiaire de quelques phrases que je vais vous livrer et qui me paraissent importantes.

D'abord, des mercis vraiment profonds aux intervenants, tous les intervenants de la journée. Je ne vais pas tous les citer. Il y en a un certain nombre. Merci aussi aux partenaires de cette journée. Merci à vous parce que ma profession m'a appelé à être un pilier des congrès dans le temps, et je n'avais jamais connu un congrès aussi animé que celui-là, avec autant de questions et un animateur obligé d'interrompre le flot des questions. Merci vraiment pour votre interaction et vos questions. Merci au ministère qui nous prête cet amphithéâtre gracieusement, et merci d'abord et avant tout (vous m'excuserez de le dire de cette manière) aux personnes de PremUp parce que sans elles, ces Assises n'auraient pas eu lieu. Sans elles, la qualité de ce programme n'aurait pas été à ce niveau et sans leur travail, nous n'aurions pas vécu cette journée.



Quelques notes. J'ai été très heureux de l'introduction de Benoît Vallet parce qu'il a dit une chose extrêmement importante : il nous a dit un souvenir. Les souvenirs sont ce qui marque les gens et ce qui guide leur action. Je veux le croire. Il nous a dit : « *J'ai très tôt été initié au concept de l'impact, le fait que ce qui se passe pendant la conception va agir sur l'état adulte.* » C'est lui qui a employé cette formule : « *mieux naître pour mieux vivre* ». Vous m'avez vu me précipiter derrière lui après une formule de ce type-là, et nous sommes convenus de nous revoir pour travailler sur ce sujet avec lui. Mais voilà un premier message que je veux retenir.

Malheureusement, Monsieur Bouzou Nicolas n'était pas avec nous. Il était avec nous par l'image, ce qui nous a empêchés de le questionner et de le mettre sur le gril, mais j'ai retenu de son intervention que la prévention est médicalement pertinente et économiquement nécessaire. Véritablement, si nous savons en France mettre en place ce qui semble être l'ambition du gouvernement actuel mais qui a été l'ambition de beaucoup de gouvernements avant, mettre une politique de prévention et en particulier dans le domaine qui nous réunit aujourd'hui serait une bonne chose.

La première table ronde a beaucoup parlé de vulnérabilités. La vulnérabilité sociale, la vulnérabilité psychologique, des vulnérabilités liées à l'environnement, des vulnérabilités liées à une information incomplète. Toutes ces vulnérabilités bien entendu ne sont pas à mettre au même plan. La table ronde qui a suivi a bien montré le gradient de sévérité introduit par chacune de ces vulnérabilités et nous sommes, je dirais, presque (c'est un peu provocateur) bienheureux dans notre monde occidental d'être essentiellement face à une vulnérabilité liée à un environnement au sens restreint du terme (pollution), plus qu'à une vulnérabilité de précarité absolue de l'ensemble de la population. Il faut que nous le gardions aussi en tête.

Il y a des mots qui m'ont vraiment impressionné. Le mot « *gradient social* ». Moi qui fais de la pharmacologie, qui en ai fait toute ma vie, les gradients j'en ai vu dans le Nord-Sud avec le cholestérol, j'en ai vu dans le risque avec la pression artérielle qui fait que ce n'est que lorsque vous avez plus de pression artérielle que vous vivez bien, etc. Mais le gradient social dans les risques de prématurité de petit poids, c'est une notion vraiment nouvelle.

J'ai entendu le mot et le concept de « *parcours de détresse* ». Je crois que c'est un très beau mot qui décrit un parcours et surtout des solidarités. Nous devons garder en tête l'importance de la consultation préconceptionnelle qui reviendra plusieurs fois, et le débat sur les polluants. Je vous le dis : soyons heureux d'avoir ce débat aux dépens des autres, car il témoigne d'une acuitisation de notre pensée vis-à-vis du risque qui est très importante. En même temps, ne poussons pas ce débat au-delà du raisonnable, sinon nous allons finir, comme les Américains new-yorkais, par ne plus manger que des aliments sans gluten, nous privant par exemple de croissants, chose que l'on n'arrive pas à faire sans gluten. C'est une vérité.

La deuxième table ronde a été un focus sur les pays du Sud. J'ai voulu en retenir les choses suivantes : d'abord on change d'échelle. On ne parle plus de retard mais de mortalité de la mère et de l'enfant. Il faut que nous en soyons conscients, il faut que cette conscience nous la portions en nous. Nous n'en sommes pas responsables, en même temps nous devons montrer la solidarité. Des chiffres aussi, 30 millions de femmes enceintes exposées au paludisme en Afrique subsaharienne. Une provocation là encore : peut-être une région qui sera sauvée par le téléphone. Pourquoi dis-je cela ? Une image me vient de mes anciennes années professionnelles. Cela date de sept ou huit ans, même plus, et l'on voyait tout un village dans une brousse africaine, rural, avec des tas d'enfants et de parents qui avaient tous un téléphone à la main. C'est ce que l'on vous a dit. Le téléphone est un moyen de communication. C'est un moyen d'information si l'on sait bien l'utiliser. C'est aussi une leçon pour nous, qui sommes si frileux vis-à-vis de la télé-médecine. Savoir qu'elle peut sauver ou être probablement un facteur de progrès en Afrique devrait nous faire réfléchir.



Je n'ai compris que très récemment que le placenta n'était pas une barrière. J'ai été élevé avec ce concept et vous m'en excuserez. J'ai compris grâce à Sophie Gil que c'était un organe d'échange. C'est plus qu'un rempart : une éponge. J'ai bien retenu le mot « *éponge* » dont la souffrance a un impact sur la croissance du fœtus. La passion avec laquelle vous parlez du placenta finira par se transporter. Continuez, s'il vous plaît, à en parler de la sorte.

La troisième et la quatrième table ronde, j'ai essayé de les mettre ensemble. C'est terrible, d'entendre que la naissance est une épreuve pour un enfant de petit poids. Cette phrase a été prononcée. Si la naissance est une épreuve pour un enfant de petit poids, essayons d'éviter d'avoir ces enfants de petit poids.

Il y a eu un débat sur l'alimentation qui a été extrêmement intéressant. J'ai cru que Danièle avait totalement fermé le ban en disant : « *pas de suralimentation pour qu'ils rattrapent leur croissance* », puis c'est revenu, avec la prématurité, le petit poids, et je ne savais plus s'il fallait vraiment leur donner beaucoup à manger, un petit peu à manger ou bien à manger. Cela m'a rappelé les débats sur les enfants, s'il fallait les mettre sur le dos, sur le ventre ou sur le côté. Je ne sais plus quelles sont les recommandations actuelles, mais cela signifie de façon extrêmement importante qu'il y a encore des recherches à faire et que PremUp a encore du travail pour répondre à des questions aussi importantes que celle-là.

Je voudrais dire à la statisticienne : vous n'êtes pas « *juste une statisticienne* ». Les statisticiens nous tiennent sous le bonheur et sous l'effet de leurs chiffres. Les chiffres qui vous ont été donnés, multipliez-les par cent, multipliez-les par mille, tout simplement parce que l'on vous a donné l'hôpital, on vous a donné un an, et que nous vous avons expliqué pendant toute la journée que l'impact de cette naissance se voyait sur toute la vie.

Agir avant, pendant et après la grossesse : « *projet de grossesse* » est un mot aussi très important qui n'a été rappelé qu'à la fin. Je crois que c'est un mot porteur, c'est un mot important. Il peut, à lui seul, porter tout un projet. Mais s'il vous plaît (et je m'adresse aussi bien à vous qu'à PremUp que j'ai l'honneur de représenter), c'est un projet réjouissant. Mettons de la joie dans ce projet, tout en l'entourant de l'ensemble des messages que nous devons porter. Sachons mettre toute la joie qu'il faut autour de ce projet.

J'ai été très impressionné par la réflexion de Madame Dufour sur la principale vulnérabilité qu'elle voyait, qui était celle d'une certaine manière de la rupture entre l'hôpital sécurisant et la maison qui devenait un objet de peur. Nous sommes en pleine transformation d'image. En général, la maison est sécurisante et l'hôpital épouvantable. Là, on rentrait dans un hôpital sécurisant et une maison qui devenait soudain non accueillante. Comment la rendre à nouveau accueillante ? C'est une problématique intéressante et je vous remercie de m'avoir alerté sur ce point.

Enfin, Nest for all, d'abord je trouve que c'est un très beau mot et un très beau nom. Merci pour tout. Je vous remercie aussi car vous nous dites qu'il existe des modèles économiques qui peuvent être développés pour des parcours de soins harmonieux. Ces modèles économiques, nous pouvons les trouver en Afrique, au Sénégal, mais rien ne nous empêche d'y penser aussi pour un pays comme le nôtre. Voilà les quelques réflexions.

Je voudrais terminer par PremUp. Vous savez, la cheville ouvrière de PremUp, celle qui nous représente, c'est Danièle. Elle pourrait vous en parler cent fois mieux que moi et avec une passion qui n'aura d'égale que la passion que Madame Gil met à nous parler du placenta – c'est tout dire. PremUp est une fondation qui réunit des expertises multiples, variées, qui réunit des expertises uniques, au service de trois missions qui sont la formation, l'information (et aujourd'hui est une journée d'information qui va se continuer sur une semaine d'information dédiée, grâce à un certain nombre de nos partenaires), et la recherche.

Rien ne se fait gratuitement. Pensez à PremUp, pensez à parler de PremUp, de ses actions, de ce qu'il fait, ce qu'il nous a apporté, de ce qu'il peut vous apporter. Pensez à



faire en sorte que le réseau d'amitié, de solidarité qui se crée autour de PremUp permette à PremUp de continuer une huitième, une neuvième, une dixième, une onzième, une douzième et une vingtième (mais je ne serai plus là, rassurez-vous) édition de ces Assises.

Merci beaucoup en tout cas de votre attention.

Fabrice PAPILLON

Merci beaucoup Robert Dahan, et merci à tous. C'est la fin de cette journée. Merci de votre participation. Tout a été dit et très joliment dit. Nous vous donnons rendez-vous l'année prochaine pour les prochaines Assises. Merci, bonne soirée à tous.

