



# *La Lettre Médicale du Congo*

**Magazine d'expression des professionnels de la santé du Congo**

## La lettre de la rédaction

Mesdames et Messieurs,

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Voici venu le temps de l'édition du deuxième numéro de notre jeune revue. La publication du premier numéro a suscité de la part des lecteurs un intérêt manifeste. En cela, tout d'abord nous tenons à vous remercier vivement.

La parution de cette nouvelle revue a généré de la part de certains d'entre vous des interrogations. Aussi, souhaitons-nous vous faire partager les commentaires et interrogations qu'ont amenés la sortie de ce premier numéro et essayer d'apporter des réponses à ces questionnements.

Le premier commentaire qui était assez récurrent : la non identification des personnes animant le comité éditorial. Cette démarche a été clairement délibérée de notre part et vise à renforcer ce comité par des confrères et professionnels de santé exerçant sur tous les continents, permettant ainsi d'aborder toutes les problématiques de santé publique. Cette démarche transitoire a pour but de nous enrichir de nos différentes expériences, car comme disait Antoine de Saint-Exupéry « Si tu diffères de moi, frère, loin de me léser, tu m'enrichis ».

La deuxième remarque qui nous a été faite concernait la potentielle complexité de certains sujets abordés dans le premier numéro. En effet, force est de reconnaître que certains articles n'abordaient pas les problématiques de la pratique médicale quotidienne à savoir les préoccupations de la « real life » (la vraie vie). Aussi fort de ces remarques, nous avons choisi d'aborder des thématiques ayant une portée plus pratique. Cela ne nous interdit pas de rapporter des travaux scientifiques plus théoriques dans l'avenir, ils restent toujours nécessaires à la culture médicale.

Enfin, nous ne saurions terminer cet éditorial sans réitérer notre invitation et nos encouragements, tout particulièrement aux jeunes générations des professions de santé à nous adresser des articles dans leur domaine. Cela sera pour nous, un grand enthousiasme et une joie de les publier.

Le Comité de rédaction



## Instructions aux auteurs

**La lettre médicale du Congo** publie des articles originaux, des éditoriaux, des articles de revue, des cas cliniques, des notes techniques et des lettres à la rédaction.

Les articles doivent être soumis par voie électronique au comité de rédaction :

[lalettremedicaleducongo@gmail.com](mailto:lalettremedicaleducongo@gmail.com)

• **Politique de conflit d'intérêt** : un conflit d'intérêt se présente lorsque l'auteur entretient une relation, notamment d'ordre financier, avec un organisme ou une société commerciale pouvant influencer son travail. Pour publier un article dans le Journal, les auteurs doivent divulguer tout conflit d'intérêt, réel ou potentiel, en lien avec leur sujet, par l'intermédiaire du « Formulaire auteur » qui leur est envoyé par l'éditeur. Les affiliations des auteurs, y compris leurs liens aux entreprises dont les produits sont cités dans l'article, doivent apparaître dans la page de titre du manuscrit. Le Journal peut décider de ne pas publier un article sur la base de ces informations. La déclaration de conflit d'intérêt est publiée dans le Journal.

• **Vie privée et consentement éclairé des patients** : la vie privée des patients doit être respectée. Toute information d'identification (nom, référence hospitalière, etc.) doit être supprimée du texte comme des figures avant publication. Si une information permettant l'identification du patient est impérative à des fins scientifiques, elle doit s'accompagner d'un consentement éclairé écrit de la personne (ou de son tuteur). Dans le cas de l'utilisation d'une photographie présentant le visage d'un patient, le consentement éclairé de ce dernier est requis, l'anonymat complet étant dès lors difficile à mettre en œuvre.

### Manuscrit

Les manuscrits complets sont soumis au format Word.

La disposition du manuscrit est la suivante :

- page de titre ;
- résumés et mots-clés ;
- texte comprenant :
  - 1) Introduction, 2) Patients et méthodes, 3) Résultats, 4) Discussion dans le cas des articles originaux,
  - 1) Introduction, 2) Observation, 3) Discussion, 4) Conclusion pour les cas cliniques;
- références, tableaux et légendes des figures.

La longueur maximale des manuscrits dactylographiés (figures et références exclues) dépend de la rubrique de publication :

- articles originaux : 15 pages ;
- éditoriaux : 6 pages ;
- articles de revue : 20 pages ;

- cas cliniques : 4 pages ;
- lettres à la rédaction : 2 pages.

Numéroter les références, les illustrations et les tableaux en fonction de leur ordre d'apparition dans le texte et en utilisant des chiffres arabes.

Limiter le nombre d'abréviations, définir le terme complet correspondant lors de sa première apparition dans le texte et éviter l'emploi des abréviations dans le titre et le résumé.

Citer les entreprises pharmaceutiques ou biomédicales dont le matériel est mentionné dans le texte en indiquant, entre parenthèses, le nom de l'entreprise et sa localisation géographique. Indiquer les remerciements et les sources de financement en fin de texte.

### Page de titre

La page de titre inclut le titre de l'article, le prénom et le nom de chaque auteur, le nom des services et des institutions d'où provient le travail, le nom, l'adresse, le téléphone, l'adresse mail et/ou le fax de l'auteur correspondant.

### Résumés et mots-clés

Un résumé en français et/ou anglais n'excédant pas 200 mots accompagnent le manuscrit. Ce résumé sera structuré de la façon suivante : objectif ; méthodes ; résultats ; conclusion. Les résumés des articles de revue, cas cliniques et notes techniques n'ont pas besoin d'être structurés. Pour ces deux derniers types d'articles, la longueur du résumé ne doit pas excéder 75 mots.

### Références

Les références sont numérotées dans l'ordre d'apparition dans le texte (chiffres arabes entre crochets). Les communications personnelles, manuscrits en préparation et autres données non publiées ne doivent pas figurer dans la liste des références mais seront cités dans le texte entre parenthèses. Le nombre de références est limité à 20 pour les articles originaux, 8 pour les cas cliniques et 5 pour les notes techniques. Les titres des journaux sont abrégés selon l'Index Medicus. Les références sont présentées dans le format dit « de Vancouver » :

• **Périodiques** : Fedoruk LM, Jamieson WR, Ling H et al. Predictors of recurrence and reoperation for prosthetic valve endocarditis after valve replacement surgery for native valve endocarditis. J Thorac Cardiovasc Surg 2009 ; 137 : 326-33.

Indiquer tous les auteurs jusqu'à 6 ; lorsqu'il y a plus de 6 auteurs, citer les 3 premiers suivis de la mention « et al. ».

• **Livres** : Shields TW, LoCicero J, Reed CE, Feins RH, eds. General thoracic surgery. 7th ed. Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins, 2009.

• **Chapitre d'un livre** :

Fox KAA. Reperfusion injury. A clinical perspective. In : Yellon DM, Jennings RB, eds. Myocardial protection : The pathophysiology of reperfusion and reperfusion injury. New York : Raven Press Ltd, 1992 : 151-63.

Si la référence est un résumé, celui-ci doit être identifié en tant que tel par la mention « Abstract », figurant entre parenthèses après la page correspondante.

### Tableaux

Ils sont numérotés en chiffres arabes dans l'ordre de leur première citation dans le texte.

Le contenu des tableaux ne doit pas faire double emploi avec celui du texte. Les abréviations figurant dans un tableau seront définies en bas de celui-ci. Le tableau est accompagné d'un titre explicatif.

### Figures et illustrations

Les schémas, figures, photos et autres illustrations sont numérotés en chiffres arabes dans l'ordre de leur première citation dans le texte. Ils doivent être soumis sous format jpeg haute définition (300 dpi). Chaque figure comporte un titre explicatif

## Sommaire

*Lettre de la rédaction*

*Instructions aux auteurs*

*Sommaire*

*Billet du comité de rédaction*

### ÉDITORIAL

- Concept des 1000 jours.  
*PS. Ganga-Zandzou*

### ARTICLES MÉDICAUX

- Connaissances, Attitudes et Pratiques des jeunes et adultes face aux Personnes Âgées au Congo-Brazzaville : Etude CAPPA.  
*F. Bikouta, R. Bileckot, H. Massamba, F. Puisieux.*
- Hémorragie du post-partum immédiat : technique de méchage.  
*M. Makosso, AB. Kone, A. N'Dongo, F. Constant, S. Blanc, E. Di Capua, L. Martin, P. Mares, R. de Tayrac.*
- Mise au point sur l'insuffisance rénale chronique : Intérêt du dépistage et ses conséquences.  
*B. Ebikili.*
- Controverses à propos du Burn-Out ou le Burn-out : de la sociologie à la Médecine et à la politique.  
*JC. Ban.*
- *Hémorragie du post-partum : Point de vue de la sage-femme.*  
*B André, P Gourdon.*

### ARTICLES PARAMÉDICAUX

- Allaitement maternel chez l'enfant hospitalisé. *K. Ladghem.*
- **Formation paramédicale continue** : La préparation de l'opéré en chirurgie cardiaque (2e partie). *D. Paon*

### *Billet du comité de rédaction*

*Le présent numéro contient des sujets aussi divers que variés dans les domaines de la Chirurgie cardiaque, Gériatrie, Gynécologie-Obstétrique, Néphrologie, Pédiatrie et Psychiatrie.*

*En effet, l'éditorial (PS Ganga-Zandzou) consacré au concept des 1000 jours nous livre quelques informations sur les prémices de l'épigénétique, domaine qui va sans doute prendre de l'ampleur dans les années à venir.*

*F. Békouta nous fait partager son expérience inédite sur le regard de la société et la prise en charge des personnes âgées en république du Congo.*

*M. Makosso nous enrichit de son expérience sur l'utilisation du méchage intra-utérin dans la prise en charge de l'hémorragie du post-partum, figurant parmi les 1eres cause de décès maternel dans le monde.*

*B. Ebikili expose l'intérêt du dépistage et de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, cause importante de mortalité en Afrique.*

*Sur un sujet d'actualités, JC. Ban souligne l'intérêt du bien être en milieu professionnel afin d'éviter la survenue d'un burn-out.*

*Dans le domaine de la formation médicale continue et sur le plan paramédical, le point de vue des sages-femmes (B. André et P Gourdon) est recueilli sur la prise en charge de l'hémorragie du post-partum.*

*La possibilité de poursuivre l'allaitement maternel chez l'enfant hospitalisé nous est rappelée par K. Ladghem.*

*Enfin, La 2<sup>ème</sup> partie de la préparation de l'opéré cardiaque nous est présentée par D. Paon.*

## Concept des 1000 jours : 1000 jours pour bien grandir

*Patrice Serge Ganga-Zandzou, MD*

*Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier de Roubaix. France*

A la fin du XX siècle, des études évoquaient l'influence de l'environnement durant la vie intra-utérine sur l'embryon, le fœtus et le devenir d'un individu à l'âge adulte. Ainsi se dessinaient les prémices de l'épigénétique, posant la question des rapports entre l'inné et l'acquis. En effet, l'épidémiologiste britannique David Barker montrait qu'un retard de croissance intra-utérin d'origine nutritionnelle, augmentait le risque de survenue d'infarctus du myocarde à l'âge adulte [1]. Depuis le concept des 1000 jours s'est développé correspondant aux 249 jours de grossesse et les deux premières années de vie. Aussi, le concept de DOHaD (Developmental Origins of health and Diseases ou « origine développementale de la santé et des maladies ») a été créé regroupant des scientifiques et cliniciens de tous horizons. Ce concept a pour but de faire avancer la recherche, l'éducation et la communication sur les origines développementales de la santé et le potentiel de ces nouvelles connaissances pour l'amélioration de la santé publique. Cette période des 1000 premiers jours offre une fenêtre d'opportunité durant laquelle il est possible d'agir et d'influer sur le devenir de l'être humain en cours de développement. Ces actions peuvent porter sur les gènes sans en modifier leur séquence. Trois types d'effets étroitement reliés les uns aux autres peuvent être individualisés : les effets précoces durant les premiers mois de la vie, les effets à long terme dus à un environnement délétère, et enfin les effets générationnels.

Ainsi cette fenêtre d'opportunité trouve son intérêt dans ces possibilités d'agir sur l'état de santé du couple mère-enfant en améliorant l'environnement dont la qualité de l'alimentation permettant d'éviter les états de carence nutritionnelle ou de survenue de certaines affections telles que l'obésité, le diabète, l'hypercholestérolémie, l'HTA, ...

Aussi, est-il intéressant d'avoir un focus particulier sur le comportement alimentaire de la mère et de son enfant durant cette période des 1000 premiers jours, avec des recommandations précises avant et durant la grossesse, les 6 premiers mois de la vie, la période de diversification alimentaire et l'alimentation familiale [2].

L'épigénétique étant l'étude des changements qui affectent l'expression des gènes sans changer leur séquence, constitue une passerelle entre l'environnement et le génome. Elle implique des stimuli environnementaux, positifs (comme une alimentation équilibrée) ou négatifs (comme le stress ou une infection) qui influencent l'expression de nos gènes, sans en modifier la séquence de l'ADN. Cette approche permet d'intervenir assez tôt pour éviter la survenue d'anomalies de développement de l'être humain liées à des facteurs de l'environnement. Durant cette fenêtre d'opportunité, il existe une plasticité du génome soumis à différents facteurs environnementaux. Ces différents stimuli positifs ou négatifs vont entraîner la création de marques épigénétiques qui sont malléables car sans modification du génome et donc souvent réversibles. Cette notion permet d'envisager une possibilité d'interventions visant à éviter la survenue de maladies ultérieures.



Citons en exemple d'application de ce concept, le Maghreb [3]. En effet en Afrique du nord, il a été identifié une phase de transition démographique, épidémiologique et sociale marquée par une urbanisation croissante, une amélioration des conditions de vie, une réduction de la mortalité infantile et une augmentation de l'espérance de vie. Ainsi durant cette période, les habitudes alimentaires des enfants et des adultes ont été modifiées avec augmentation des apports caloriques quotidiens, par introduction précoce et augmentation des protéines animales, des sucres rapides et des acides gras saturés. Ces changements ont entraîné une apparition d'affections liées à une mauvaise alimentation : retard de croissance et maladies carencielles chez l'enfant ; obésité, hypercholestérolémie, diabète, HTA regroupés sous le nom de « syndrome métabolique » chez l'adulte. Face à ce double fardeau de la « mauvaise nutrition », associé à une prédisposition génétique et une réduction de l'activité physique, seule une approche préventive peut contribuer à réduire les problèmes de carences nutritionnelles et freiner cette tendance croissante des maladies de l'adulte.

En Afrique sub-saharienne, les problèmes ne sont nullement différents et l'environnement dans lequel vit le couple mère-enfant a déjà fait l'objet de plusieurs réflexions (4). En effet, la mise en œuvre des Actions Essentielles en Nutrition a été élaborée avec le soutien de l'United States Agency for International Development (USAID) et appliquée en Afrique et en Asie depuis 1997. Ce cadre conceptuel vise à améliorer la gestion des programmes de nutrition par la mise en œuvre d'un ensemble d'actions préventives incluant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les micronutriments et la nutrition des femmes. Par des contacts multiples, ce programme cible les services de santé impliqués dans l'état de santé du couple mère enfant. Ainsi, pendant la période des 1000 jours, ce programme appuie le changement de comportement et la communication afin de toucher les mères et leurs jeunes enfants de la conception à l'âge de 2 ans.

Une telle prise en compte de ces données est probablement nécessaire, car les maladies chroniques (hypertension artérielle, obésité, diabète, cancers, allergies...) liées aux facteurs environnementaux explosent à travers le monde, entraînant 60% des décès soit 35 millions par an dont 80 % surviennent dans les pays à faibles ou moyens revenus. De plus, l'OMS, prévoit une augmentation de 17% de cette mortalité durant la prochaine décennie, d'où l'intérêt de l'application de l'initiative des "1000 jours".

Ainsi la prise en compte de l'épigénétique en Afrique subsaharienne peut ouvrir des perspectives intéressantes, permettre d'élargir les champs d'actions de la médecine préventive et contribuer ainsi à diminuer la morbi-mortalité due aux affections chroniques et les dépenses de santé liées à ces maladies.

Ceci souligne aussi l'intérêt de la préservation et de la protection de l'environnement pour les générations futures. Il est donc impératif que les pouvoirs publics de nos différents pays intègrent ces notions dans les politiques de santé publique. En effet, de nombreuses études épidémiologiques chez l'homme et expérimentales chez l'animal ont montré le rôle délétère que peut jouer l'environnement au cours du développement de l'être humain. Durant les différentes périodes de développement, la plasticité du génome humain adapte ses réponses à l'environnement. Les tissus et organes du fœtus ainsi façonnés conduisent à la naissance d'un enfant au capital fonctionnel plus ou moins favorable à l'apparition future de maladies chroniques.

En établissant un lien avec Mark Hanson, président de la DOHaD internationale qui souligne les faits suivants : « Jusqu'à présent on s'est adressé uniquement aux malades avec une efficacité décevante. On rend les individus responsables de ce qu'ils consomment et de leur manque d'exercice, on les accuse de gourmandise et de paresse. La part de la génétique

est surestimée, le génotype ne rend compte que de moins d'un tiers de la variabilité à la naissance, la majeure partie étant attribuable à des interactions gènes-environnement, assurées par l'épigénétique. On accuse l'environnement, pléthorique, obésogène ou polluant. On ne voit que ses côtés potentiellement délétères. La vindicte populaire, médiatique et politique rend responsable l'industrie agroalimentaire ».

Il devient nécessaire d'appliquer le paradigme DOHaD et de changer notre mode d'action pour corriger les chiffres alarmant de l'OMS pour la décennie à venir. Il faut probablement envisager une prévention efficace qui vise à intervenir durant la fenêtre d'opportunité en agissant sur le risque et non pas quand la maladie est déjà apparue. Ce mode de réflexion repose sur la prise de conscience de l'existence d'interactions entre l'environnement et la programmation génétique ainsi que la connaissance des mécanismes conduisant à l'altération de cette programmation.

Les politiques de santé pourront ainsi regrouper un ensemble d'actions de santé publique coordonnées visant à appliquer tôt dans la vie, les concepts d'une nutrition, d'un mode de vie et d'un environnement sains de façon à offrir les meilleures conditions de vie lors d'un projet d'enfant. Ce concept de "développement durable de l'humain" a pour but de préparer les générations futures à un meilleur état de santé. L'effet positif de telles actions à long terme ainsi que la balance coût-bénéfice de ce type de programmes plaident en faveur d'une telle stratégie de santé publique.

#### Références

1. BARKER D.J, OSMOND C. Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. et al., Lancet, 1986, 327, 1077-1081
2. AVIS DE L'ANSES - saisine n° 2011-SA-0261, relatif aux risques liés à l'utilisation de boissons autres que le lait maternel et les substituts du lait maternel dans l'alimentation des nourrissons de la naissance à 1 an.
3. BENJELLOUN S. Nutrition transition in Morocco. Public Health Nutr. 2002 Feb ; 5 (1A) : 135-40.
4. DOUBLE BURDEN OF MALNUTRITION, UNITED NATIONS SYSTEM, STANDING COMMITTEE ON NUTRITION, 33rd Annual Session, Geneva, Switzerland, 13-17 March 2006.

## Connaissances, Attitudes et Pratiques des jeunes et adultes face aux Personnes Âgées au Congo-Brazzaville : Etude CAPPA

*Firmin Bikouta<sup>1</sup>, Richard Bileckot<sup>2</sup>, Honorine Massamba<sup>3</sup>, François Puisieux<sup>4</sup>*

1. Service de Gériatrie, Centre Hospitalier de Roubaix, France

2. Service de Rhumatologie, CHU de Brazzaville, Congo-Brazzaville

3. Direction de la famille au ministère des Affaires sociales, Congo-Brazzaville

4. Clinique de Gériatrie, CHRU de Lille, France

### RESUME

**Contexte** : L'image traditionnelle de la famille africaine qui a fait pendant longtemps une place de choix aux personnes âgées, ne correspond peut-être plus à la réalité d'aujourd'hui. Le rapport de l'OMS de 2002 sur la violence et la santé et quelques études menées dans d'autres pays africains suggèrent que la maltraitance des personnes âgées existe aussi en Afrique subsaharienne.

**Objectif** : Décrire le regard que portent les jeunes adultes congolais sur les personnes âgées et les actes de maltraitance qui peuvent en résulter.

**Méthode** : L'enquête de nature transversale a été réalisée entre les mois de janvier et avril 2008 auprès de 300 personnes âgées de 15 à 55 ans, dont 203 âgés de 25 ans ou moins, habitant Brazzaville ou Pointe-Noire. L'échantillon de 300 personnes a été constitué selon la méthode d'échantillonnage non probabiliste. La collecte des données a été effectuée sur le terrain par des fonctionnaires du ministère de la santé, des affaires sociales et de la famille au moyen d'un questionnaire préétabli contenant des questions ouvertes et fermées.

**Résultats** : Les jeunes et les adultes ont des représentations contrastées et contradictoires des personnes âgées. Dans 70% des cas les personnes interrogées ont dit entretenir de bons rapports avec les personnes âgées, les qualifiant de sages et de modèles mais, à l'inverse, plus de 50% d'entre eux les ont décrits comme indésirables et dérangeantes. Les accusations de sorcellerie portées sur elles sont fréquentes avec souvent des conséquences graves.

**Conclusion** : Les transformations sociales dépossèdent peu à peu les personnes âgées de leurs statuts et de leurs prérogatives au Congo-Brazzaville. Elles s'accompagnent d'un changement de regard et de comportement des jeunes adultes à leur égard. La maltraitance des personnes âgées au Congo-Brazzaville est un problème méconnu, insuffisamment dénoncé et combattu.

## SUMMARY

**Background:**

The traditional image of the African family that has long granted a place of choice to the elderly does not match maybe any more the reality of today. The WHO report on violence and health 2002 and some studies carried out in other African countries suggest that elder abuse also exists in sub-Saharan Africa.

**Objective:**

To describe the look worn by young Congolese adults on the elderly and mistreatments that can result.

**Method:**

A cross sectional study was realized between January and April, 2008 with 300 youth and adults aged 15 to 55 years ( $203 \leq 25$  years old), living in Brazzaville or in Pointe-Noire. The sample of 300 people was constituted according to the method of non-probability sampling. The data collection was made on the ground by state employees of the Ministry of Health, social affairs and family by means of a pre-established questionnaire containing open and closed questions.

**Results:**

Youth and adults have contrasted and contradictory representations of the elderly. In 70 % of the cases they said have good relationships with the elderly and qualified them as wise persons and as models but, conversely, more than 50 % of them found them unwanted and disturbing. Witchcraft accusations are frequent with often serious consequences.

**Conclusion:**

Social transformations dispossess little by little the elderly people of their status and their prerogatives in Congo-Brazzaville. They come along with a change of look and behavior of the young adults towards them. Elder abuse in Congo-Brazzaville is an underestimated problem insufficiently denounced and fought.

## 1. INTRODUCTION

Le vieillissement de la population est un fait universel qui intéresse tous les continents les plus pauvres comme les plus riches. Ce vieillissement mondial s'explique par deux phénomènes : la baisse de la natalité et l'allongement de l'espérance de vie [1,2]. On estime que les deux tiers des 750 millions de personnes de plus de 60 ans vivent aujourd'hui dans les pays en voie de développement, elles seront près d'un milliard et demi en 2050. En Afrique sub-saharienne, le nombre de personnes âgées augmente rapidement [3]. En 2010, 10% de la population d'Afrique sub-saharienne avaient entre 45 et 64 ans et 3,5% étaient âgés de 65 ans ou plus. En 2050, 15% de la population auront entre 45 et 64 ans et 6,5% auront 65 ans ou plus. Parallèlement à ces changements démographiques, on assiste à une transition épidémiologique des maladies, les maladies infectieuses transmissibles de l'enfant cédant la première place en termes de mortalité et de morbidité aux maladies non transmissibles de l'adulte [4]. En 2030, on estime que les maladies non transmissibles seront responsables de 47% des décès en Afrique contre 27% en 2008, tandis que la mortalité liée aux maladies infectieuses diminuera de 53% à 30% [4].

Dans les pays en voie de développement, comme ceux de l'Afrique sub-saharienne, l'augmentation de la population âgée pose des problèmes spécifiques et inédits [5,6]. En l'absence de système de retraite, la majorité des africains continuent de travailler même à un âge avancé pour faire face à leurs propres besoins mais aussi souvent à ceux de leurs proches [7,8]. En effet, beaucoup de sujets âgés sont en Afrique sub-saharienne en charge de leurs petits-enfants car leurs propres enfants ont été emportés prématurément par le SIDA ou les conflits armés [9,10].

La pauvreté, le mauvais état nutritionnel, l'insuffisance des systèmes de santé, l'absence de protection sociale et le peu d'aides apportées par les états africains aux personnes âgées expliquent le manque de prévention, la forte prévalence et le défaut de prise en charge des maladies chroniques invalidantes dans la population vieillissante d'Afrique sub-saharienne [11-13]. La conséquence est un taux de dépendance pour les activités de la vie quotidienne à un âge donné et un pourcentage d'années vécues en dépendance plus élevés pour les populations africaines que pour les autres populations du monde [14-16].

La grande majorité des personnes âgées dépendantes en Afrique sub-saharienne, quand elles sont incapables elles-mêmes de gagner leur vie, sont donc totalement à la charge de leurs proches [17]. Or, il est incontestable que les systèmes de protection et de solidarité traditionnels sont menacés par l'urbanisation, l'industrialisation et l'épidémie de SIDA [18].

Le Congo-Brazzaville, ex-colonie française et ex-capitale de l'Afrique Equatoriale française, est un pays d'Afrique centrale situé de part et d'autre de l'équateur (figure 1). Il est séparé de la République Démocratique du Congo (ex-Congo belge) à l'Est par le fleuve Oubangui puis le fleuve Congo et partage ses autres frontières au Nord avec le Cameroun, la République Centrafricaine, le Cabinda (Angola) au sud et le Gabon à l'Ouest.

13

Le pays compte près de 4 500 000 habitants pour une superficie de 342 000 km<sup>2</sup> soit une faible densité de 13 habitants au km<sup>2</sup>. Plus de la moitié de la population se concentre dans les deux principales villes, Brazzaville, la capitale politique avec 1 300 000 habitants et Pointe-Noire, la capitale économique, 1 100 000 habitants. Les personnes âgées de 60 ans et plus, dont 60 %

de femmes, représentent environ 5 % de la population totale et les 75 ans ou plus seulement 1 % de la population. Si cette proportion n'a pas changé significativement depuis 1990 et ne devrait pas changer beaucoup d'ici 2030, cela dissimule une importante augmentation des effectifs. Entre 1990 et 2030, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus au Congo Brazzaville devrait être multiplié par trois et celles des 75 ans et plus par quatre [3]. L'espérance de vie à la naissance augmente et est passée chez les hommes de 51,9 ans en 1990 à 56,3 ans en 2010 et chez les femmes de 55,7 ans en 1990 à 61,6 ans en 2010 [14]. Alors que la population congolaise est au deux tiers urbanisée, la population âgée de 60 ans ou plus se répartit presque de manière égale entre les zones urbaines et les zones rurales. Selon un rapport du CEPED (Centre Population et Développement) [19], la grande majorité des personnes âgées de 60 ans ou plus vivent en ménage de trois personnes ou plus, 12% vivent à deux et 10% seuls. La proportion de personnes vivant seules est plus importante chez les femmes âgées et en milieu rural. 90% des hommes âgés et 50% des femmes âgées sont considérés comme les chefs du ménage dans lesquels ils vivent.



**Figure 1:** Carte du Congo Brazzaville

De façon générale, la représentation que l'on se fait en France de la place des vieillards dans la société africaine est celle de personnes écoutées, vénérées, considérées comme les dépositaires de la culture ancestrale et de la sagesse. Les sociétés traditionnelles d'Afrique sub-saharienne sont gérontocratiques et patriarcales. Les personnes âgées et particulièrement les hommes âgés y sont considérés comme les piliers de la communauté et, à ce titre, détiennent un réel pouvoir. Cela tient à ce que les personnes âgées sont la mémoire collective, indispensables à l'initiation aux rites, à la transmission orale des connaissances et des traditions et donc à la survie du groupe [20,21].

Il est clair cependant que la place des personnes âgées dans les sociétés africaines est fortement remise en cause par les jeunes générations du fait de la modernisation, de la globalisation et de l'éducation formelle [22,23].

Il est donc légitime de se poser aujourd'hui la question de savoir comment les jeunes générations congolaises considèrent et traitent les personnes âgées. Sont-elles toujours respectées ou bien la maltraitance des personnes âgées existe-t-elle ici comme ailleurs ? Très peu de données existent sur la maltraitance des personnes âgées dans les pays en voie de développement, en particulier au Congo Brazzaville. Pourtant, le rapport de l'OMS de 2002

sur la violence et la santé, dont un chapitre est consacré à la maltraitance des personnes âgées met en exergue que les personnes âgées africaines ne sont pas épargnées par les mauvais traitements [24]. Ce rapport met aussi l'accent sur certaines pratiques traditionnelles et coutumières africaines, comme celles entourant le veuvage, qui sont particulièrement délétères pour les femmes âgées. L'image traditionnelle de la famille africaine qui a laissé pendant longtemps une place de choix aux personnes âgées ne correspond peut-être plus à la réalité d'aujourd'hui.

Notre étude dénommée CAPPA pour **C**onnaissances, **A**ttitudes et **P**ratiques des jeunes et adultes face aux **P**ersonnes **Â**gées au Congo-Brazzaville a été réalisée en 2008 pour décrire le regard que portent les adultes jeunes (16-25 ans) et ceux d'âge moyen (26-55 ans) sur les personnes âgées et les actes de maltraitance qui peuvent en résulter.

## 2. METHODES

L'enquête de nature transversale a été réalisée entre les mois de janvier et avril 2008 auprès de 300 personnes âgées de 15 à 55 ans habitant Brazzaville ou Pointe-Noire. L'échantillon de 300 personnes a été constitué selon la méthode d'échantillonnage non probabiliste.

La collecte des données a été effectuée sur le terrain par des fonctionnaires du Ministère de la santé, des affaires sociales et de la famille. Elle a permis de recueillir des informations quantitatives et qualitatives (tableau I) au moyen d'un questionnaire préétabli contenant des questions ouvertes et fermées.

Pour l'analyse des données, nous avons séparé les personnes de moins de 25 ans et les 25-55 ans, considérant qu'appartenant à deux générations différentes elles pouvaient ainsi porter des regards différents sur les personnes âgées.

## 3. RESULTATS

### 3.1. Description de l'échantillon des 300 personnes interrogées

#### 3.1.1. Principales données socio-démographiques

Deux tiers des personnes interrogées (n=203) avaient entre 16 et 25 ans et un tiers (n=97) plus de 25 ans. Il y avait une majorité d'hommes (59.6% chez les 15-25 ans et 51.5% chez les plus de 25 ans). Plus des deux tiers étaient célibataires (70%). Près des trois quarts (72%) exerçaient au moment de l'enquête une activité professionnelle, le plus souvent dans le secteur informel et 7% aucune. Ces données sont rassemblées dans le tableau 1.

#### 3.1.2. Cohabitation avec une personne âgée et liens de parenté

156 (58,5%) personnes enquêtées vivaient avec des personnes âgées dans leur ménage (109 (59%) des 15-25 ans et 47 (57%) des plus de 25 ans). Il s'agissait de leurs parents (49%), de leurs grands-parents (38%) ou d'un autre membre de la famille (13%).



## 3.2. Regards portés par les personnes enquêtées sur les personnes âgées

### 3.2.1. Questions ouvertes

Des propos très contrastés étaient recueillis auprès des personnes interrogées concernant les personnes âgées :

- « On les aime parce que ce sont nos parents, ils nous racontent parfois comment était la vie dans le temps quand ils avaient notre âge ».
- « Si le vieux atteint l'âge de 85, voire 95 ans, il redevient comme un bébé car il pleure quand il a faim, il faut le nourrir, le laver, le coucher ».
- « Une charge encombrante qui occupe le temps libre ».
- « Elles sont trop gâteuses et ne cessent de nous faire des réflexions désagréables et on n'est jamais en paix avec elles. Quels que soient les efforts qu'on fournit pour s'occuper d'elles, elles ne sont jamais satisfaites et vous crient dessus la plupart du temps ».
- « Des gens qui viennent nous retirer le pain de la bouche ».
- « Quand il avait les moyens, il ne s'occupait pas de nous, maintenant qu'il est vieux et ne travaille plus, il vient vivre chez nous, alors que nous avons nous-mêmes des difficultés à nous loger ».

### 3.2.2. Questions fermées

Les réponses sont rassemblées dans le tableau 2. Seulement 46% des adultes et 31 % des jeunes appréciaient positivement la présence des personnes âgées dans leur entourage. Lorsque leur présence était jugée négativement, 24.6 % des jeunes et 12% d'adultes les jugeaient indésirables, 23% et 21% nuisibles, 19% et 16% dérangeantes.

Dans l'ensemble, 30% des 15-25 ans et des 26-55 ans disaient entretenir de très bons rapports avec les personnes âgées, 22 et 31% de bons rapports, 18 et 15% les qualifiaient d'assez bons et 20 et 13% de mauvais.

## 3.3. Accusation de sorcellerie

Au total, 95 (46.8%) jeunes et 47 (48,5%) des adultes rapportaient avoir déjà porté ou avoir entendu porter des accusations de sorcellerie contre des personnes âgées. Les deux principaux motifs évoqués pour porter ces accusations étaient la survenue d'un décès (une fois sur trois) ou d'une maladie atteignant un proche (une fois sur trois).

Les personnes interrogées rapportaient que les accusations de sorcellerie avaient eu comme conséquences des divisions au sein de la famille (dans 39% des cas), des conflits (22%) et même des violences (38%).

## 3.4. Actes de maltraitance

Parmi les personnes interrogées, 37(18.2%) jeunes et 23 (23.7%) adultes déclaraient avoir été au moins une fois les témoins de comportements violents envers les personnes âgées. Ces violences auraient conduit une fois sur trois au décès de la victime, une fois sur trois à son hospitalisation et une fois sur trois à la dégradation de biens matériels. Les personnes interrogées rapportaient que les violences étaient quelquefois commises par des groupes de jeunes, organisés ou non, envers les personnes âgées suspectées de sorcellerie.



## 4. DISCUSSION

Les résultats de cette enquête montrent que les jeunes et les adultes congolais ont des représentations contrastées et contradictoires des personnes âgées. Deux tiers des personnes interrogées ont déclaré avoir de bons ou très bons rapports avec les personnes âgées dont ils apprécient la compagnie et qu'ils qualifient de sages et de modèles. Ceci renvoie à l'image très positive que décrivent de nombreux auteurs comme Thomas qui rapporte les expressions valorisantes utilisées pour décrire les personnes âgées en Afrique sub-saharienne : "the grown up" (celui qui a grandi); "the one in the know" (celui qui sait); "the old one" (celui qui a vieilli) [25]. L'auteur observe que dans les 22 ethnies d'Afrique sub-saharienne qui ont fait l'objet de son travail, les personnes âgées jouissent d'un grand prestige. Expérience, disponibilité, éloquence, connaissance, sagesse sont les qualités qui leurs sont attribuées. Cela justifie l'image idyllique que l'on se fait généralement du vieillard africain. On connaît la formule d'Amadou Hampâté Bâ : « En Afrique, quand un vieillard meurt, c'est une bibliothèque qui brûle. ». La formule traduit le fait que dans les sociétés sans écriture, la connaissance, quelle qu'elle soit, est mémorielle. Les vieillards, qui, en principe, savent plus de choses que les jeunes adultes, cumulent pouvoir et savoir, les deux étant liés.

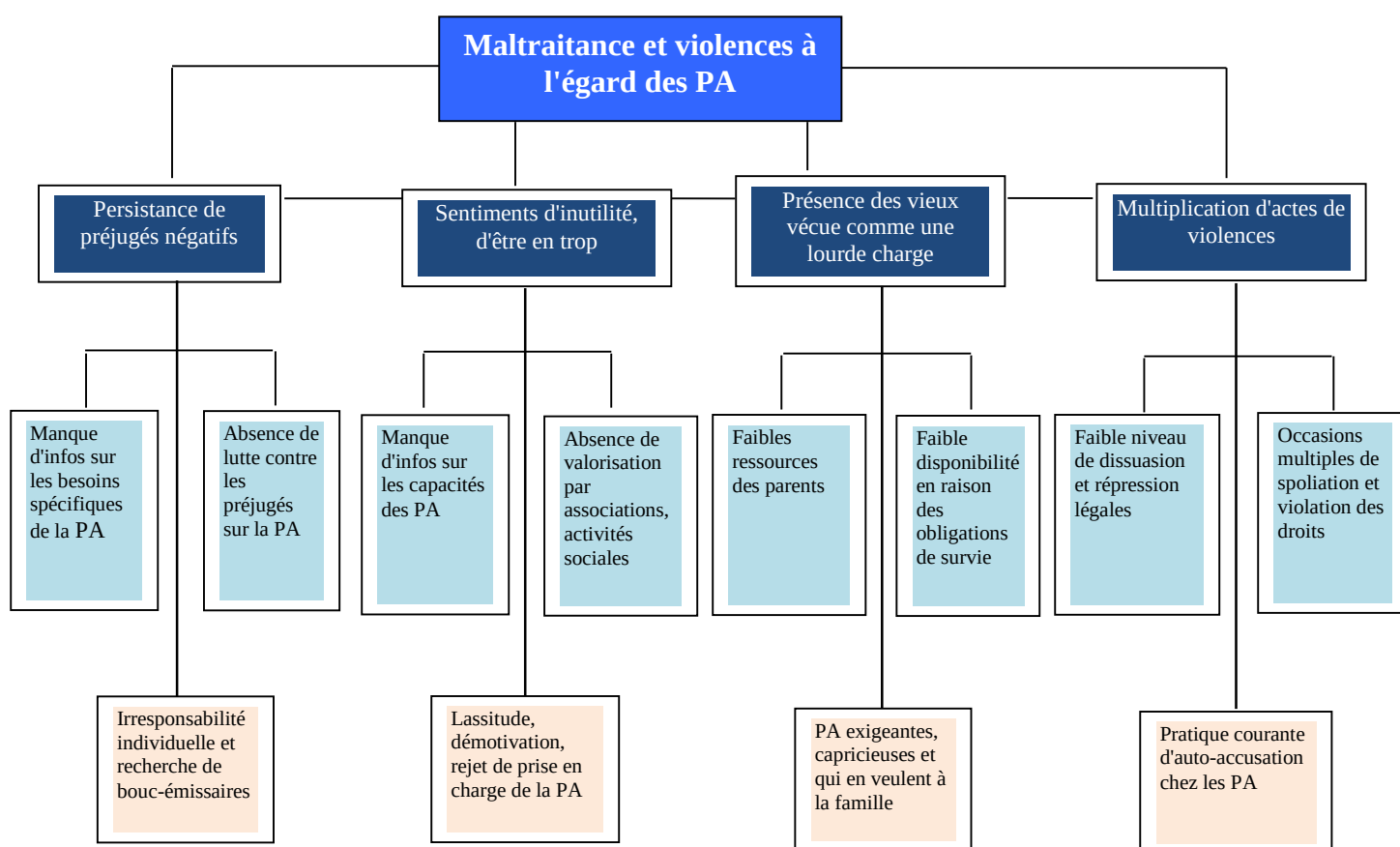
A l'inverse, plus de la moitié des jeunes et adultes interrogés dans notre étude, qualifiaient les personnes âgées d'indésirables, de nuisibles ou de dérangeantes. Près de la moitié des personnes interrogées admettaient avoir déjà porté ou entendu porter des accusations de sorcellerie envers des personnes âgées. Près d'une personne sur cinq disait avoir assisté à des actes de violence envers des personnes âgées pouvant conduire au décès des victimes. Ainsi, notre étude rejoint des travaux menés dans d'autres pays d'Afrique sub-saharienne [26-33] et témoigne du fait que la solidarité familiale et la place privilégiée accordée aux anciens sont en train de s'affaiblir au sein des populations africaines. Hier encore respectées et écoutées, elles sont désormais souvent mal considérées, accusées d'être responsables de tous les maux que vivent les plus jeunes (maladie, chômage, stérilité, décès, etc.) et même maltraitées. En Afrique sub-saharienne, la maltraitance des personnes âgées peut prendre les mêmes formes qu'ailleurs (agression verbale, négligence active et passive, exploitation financière, vol, violence physique, psychologique et sexuelle), mais aussi des formes plus spécifiques (perte de respect des anciens, accusations de sorcellerie, mauvais traitements dans les dispensaires et dans les institutions publiques), comme en ont témoigné des personnes âgées vivant dans trois « townships » noirs d'Afrique du Sud et réunis en groupes de discussion [34].

Les femmes âgées sont plus exposées à être maltraitées que les hommes âgés car plus vulnérables face au vieillissement [35]. Dans son rapport, le CEPED apporte plusieurs raisons à cela : les femmes âgées congolaises sont pour la plupart sans instruction, elles sont plus ruralisées que les hommes, elles sont plus souvent veuves (60% des femmes de plus de 60 ans sont veuves contre 8% des hommes) [19]. Comme l'atteste notre étude, il est fréquent que des femmes âgées, plus rarement des hommes âgés, soient accusés de sorcellerie. Ces accusations sont habituellement portées contre des personnes âgées isolées à l'occasion d'événements inexplicables dans la famille ou la communauté, comme un décès ou de mauvaises récoltes [36]. Il n'est pas rare aussi que ces accusations aient un but exclusivement mercantile comme celui de récupérer des terres. De nombreuses femmes âgées accusées de sorcellerie doivent fuir leur foyer et leur communauté pour aller vivre dans la pauvreté dans des zones urbaines. Dans son rapport d'activités du 3<sup>ème</sup> trimestre 2010, la direction départementale des Affaires sociales de Brazzaville, estime à 5 360, dont 2 373 veuves, le

nombre de personnes âgées délaissées à Brazzaville. Comme le montre aussi notre enquête les mauvais traitements infligés peuvent conduire au décès des victimes. En République-Unie de Tanzanie, on estime à 500 le nombre de femmes âgées accusées de sorcellerie qui sont assassinées chaque année [37].

Il est intéressant de noter que les images négatives que peuvent avoir les jeunes générations des personnes âgées en Afrique sub-saharienne s'expliquent autant par la subsistance de croyances ancestrales comme la peur d'être ensorcelé ou envouté que par les conditions de vie qu'imposent nos sociétés modernes aux familles africaines [38]. Dire cela, ce n'est pas sous-estimer les grandes difficultés que connaissent la majorité des ménages congolais pour vivre et plus encore pour entretenir une personne âgée dépendante. La maladie chronique, les polypathologies qui fragilisent déjà la personne âgée, sont une source supplémentaire de difficultés, de conflits et de dépenses, dans la mesure où c'est l'entourage qui doit supporter entièrement le fardeau que représentent les aides pour les actes de la vie quotidienne et les soins et assumer la totalité des dépenses notamment médicales (il n'y a pas de couverture-maladie pour tous au Congo). L'insuffisance des politiques sociales envers les personnes âgées laissent en effet les familles seules face à la charge que représentent pour elles leurs personnes âgées dépendantes.

La représentation synoptique des divers problèmes qui aboutissent à la maltraitance des PA est illustrée par la figure 2.



**Figure 2 : Causes de la maltraitance des personnes âgées (PA)**

## CONCLUSION

La situation et le rôle de la personne âgée, connaissent des changements profonds dans les grandes villes du Congo-Brazzaville. Le statut de chef de ménage et de patriarche n'a pas disparu mais il résiste difficilement aux importantes mutations sociales. La personne âgée ne joue plus pleinement son rôle de guide dans l'éducation des jeunes générations. A ce titre, elles n'ont plus le droit au respect et à la dignité qui leur étaient dus jadis.

Par ailleurs, la tendance sociale qui dépossède peu à peu les personnes âgées de leurs prérogatives, s'accompagne de violences exercées contre leurs personnes. Les conflits qui naissent à cause de la maladie, du décès d'un membre, du chômage expliquent ces comportements de déviances envers les personnes âgées, souvent perpétrées par les jeunes, mais également par les adultes.

Dans ce contexte, il y a lieu de souligner l'urgence de reconnaître cet état de fait et de mettre en place une politique de prévention de la maltraitance des personnes âgées : renforcement des dispositions légales contre les violences et les agressions, mise en place d'un cadre institutionnel de protection, renforcement des capacités des familles dans le suivi et l'accompagnement des PA (appui en connaissances, compétences, capacités financières de prise en charge...), aménagement progressif de centres d'accueil et de répit pour soulager les familles...

## REFERENCES

1. United Nations Population Division (2010) World population prospects, the 2010 revision. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. World Health Organization.  
[http://esa.un.org/wpp/Documentation/pdf/WPP2010\\_Volume-I\\_Comprehensive-Tables.pdf](http://esa.un.org/wpp/Documentation/pdf/WPP2010_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf).
2. WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE).  
<http://www.who.int/healthinfo/systems/sage/en/index.html>
3. Velkoff VA, Kowall PR. Population Aging in Sub-Saharan Africa: demographic dimensions 2006. US Census Bureau, Current Population Reports 2007 ; P95/07-1:  
<http://www.census.gov/prod/2007pubs/p95-07-1.pdf>
4. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the global burden of disease study 2010. Lancet 2012 ;380: 2224–2260.
5. Mbamaonyekwu CJ. Africa's ageing populations. J Int Instit Ageing 2001; 11: 27.
6. HelpAge. HelpAge International targets 20052010. Johannesburg: HelpAge; 2007.
7. Charton KE, Rose D. Nutrition among older adults in Africa: the situation at the beginning of the millennium. J Nutri 2001; 131: 24585.9.

8. Kimokoti RW, Hamer DH. Nutrition, health, and aging in sub Saharan Africa. *J Nutrition* 2008 2008; 66: 61123.
9. Heuveline P (2004) Impact of the HIV epidemic on population and household structure: the dynamics and evidence to date. *AIDS* 18: S45–S53.
10. Zaba B, Whiteside A, Boerma JT (2004) Demographic and socioeconomic impact of AIDS: taking stock of the empirical evidence. *AIDS* 18: S1–S7.
11. Bailey C. Governance of social security schemes: social security documentation. International Social Security Association 2000; 21: 71113.
12. Colin G, Turner J, Bailey C, Latulippe D. Social security pensions: development and reform. Geneva: International Labour Office; 2000
13. Poullier JP, Hernandez P, Kawabata K. Health systems performance assessment: debates, methods, and empiricism. In: Evans ICJLMDR, ed. National health accounts: concepts, data sources, and methodology. Geneva: World Health Organization; 2003, pp. 18593
14. Salomon JA, Wang H, Freeman MK, Vos T, Flaxman AD, Lopez AD, Murray CJ. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec 15;380(9859):2144–62.
15. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, et al. (2012) Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 380: 2163–2196.
16. Payne CF, Mkandawire J, Kohler HP. Disability transitions and health expectancies among adults 45 years and older in Malawi: a cohort-based model. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001435.
17. Van de Walle E. African households: censuses and surveys. London: Word Bank; 2006. Kaseke E. An overview of formal and informal social security systems in Africa. USA and Johannesburg, South Africa: National Academy of Sciences; 2004.
18. Tostensen A. Towards feasible social security systems in sub-Saharan Africa. In: Grimm M, ed. Bergen: World Bank; 2004, p. 14.
19. Gaimard M, Libali B, CEPED, France - UERPOD Brazzaville - CEPED, République du Congo. Vieillesse et conditions de vie des personnes âgées en République du Congo. <http://www.ceped.org/cdrom/meknes/spipf46b.html?article6>
20. Attias-Donfut, C., & Gallou, R. (2006). L'impact des cultures d'origine sur les pratiques d'entraide familiale. Représentation de la solidarité familiale par les immigrés âgés. *Informations Sociales*, 134, 86–97.
21. Makoni, S., & Stroeken, K. (2002). Ageing in Africa (p. 291). Burlington: Ashgate.
22. Thomas (1983) and Diop (Diop, A. M. (1989). Place of the elderly in African society. *Impact of Science on Society*, pp. 9398.)
23. (Cohen, B., & Menken, J. (2006). Aging in Sub-Saharan Africa, Recommendations for Furthering Research, National Research Council (US) Committee on Population. Washington (DC): National Academic Press.).
24. L'OMS de 2002 sur la violence et la sante, dont un chapitre est consacré à la maltraitance des personnes âgées met en évidence que les personnes âgées africaines peuvent aussi

être les victimes de mauvais traitements et de violence

[[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/fr/full\\_fr.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/full_fr.pdf)].

25. Thomas, L.-V. (1983). La vieillesse en Afrique noire. Communications, 37, 69–87.
26. Abbey L. Elder abuse and neglect : when home is not safe. Clin Geriatr Med. 2009 Feb;25(1):47-60 ;
27. Ferreira M, Lindgren P. Elder abuse and neglect in South Africa : a case of marginalization, disrespect, exploitation and violence. J Elder Abuse Negl. 2008;20:91-107.;
28. Ferreira M. Elder abuse in Africa : What Policy and Legal Provisions Are There to Address the Violence? Monica Ferreira Dphila - J Elder Abuse Negl. 2005, volume 16, Issue 2, ;
29. Fajemilehin BR, Ayandiran EO, Salami KK. Elderly destitution in Ile-Ife community of Osun State, Nigeria. Int J Nurs Pract. 2007 Jun;13(3):161-5.;
30. Ahou Clémentine Tanoh épouse Say - Cocody Les conditions de vie des personnes âgées en Cote d'Ivoire : regard sur la maltraitance à Adjame Village par - DEA de sociologie 2007 ;
31. Marais S, Conradie G, Kritzing A. Risk factors for elder abuse and neglect: brief descriptions of different scenarios in South Africa. Int J Older People Nurs. 2006 Sep;1(3):186-9. ;
32. Podnieks E, Anetzberger GJ, Wilson SJ, Teaster PB, Wangmo T. WorldView Environmental Scan on Elder Abuse. J Elder Abuse Negl. 2010 Jan;22(1-2):164-79. ;
33. Cadmus EO, Owoaje ET Prevalence and correlates of elder abuse among older women in rural and urban communities in South Western Nigeria. Health Care Women Int. 2012;33(10):973-84.
34. Keikelame J, Ferreira M. Mpathekombi, ya bantu abadala : elder abuse in black townships on the Cape Flats. Le Cap (Afrique du Sud), Human Sciences Research Council and University of Cape Town Centre for Gerontology, 2000
35. Cadmus EO, Owoaje ET Prevalence and correlates of elder abuse among older women in rural and urban communities in South Western Nigeria. Health Care Women Int. 2012;33(10):973-84.
36. Gorman M, Petersen T. Violence against older people and its health consequences : experience from Africa and Asia. Londres (Royaume-Uni), HelpAge International, 1999.
37. Witchcraft : a violent threat. Ageing and Development, 2000, 6 :9
38. Bigombe B, Khadiagala GM. Major trends affecting families in sub-Saharan Africa. In: United Nations. Major Trends Affecting Families: A Background Document, Report for United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development, Program on the Family. 2003 May  
<http://www.un.org/esa/socdev/family/Publications/mtbigombe.pdf>

## Hémorragie du post-partum immédiat : technique de méchage

*M. Makosso<sup>1</sup>, A.B. Koné<sup>1</sup>, A. N'dongo<sup>1</sup>, F. Constant<sup>2</sup>, S. Blanc<sup>1</sup>, E. Di Capua<sup>1</sup>, L. Martin<sup>1</sup>, P. Marès<sup>3</sup>, R. de Tayrac<sup>3</sup>.*

1. Service de gynécologie-obstétrique, Centre Hospitalier, Bagnols-sur-Cèze.

2. Département d'anesthésie et réanimation, Centre Hospitalier, Bagnols-sur Cèze.

3. Service de gynécologie-obstétrique, CHU Carémeau, Nîmes, France.

### RESUME

Le Méchage intra-utérin (MIU) est une technique d'étape importante pour stopper l'Hémorragie du post-partum (HPP); il est pratiqué après l'inefficacité des moyens médicaux et avant l'étape chirurgicale.

Les préalables pour une PEC efficace sont évoqués puis une description détaillée de la technique de méchage est faite, terminée par une étude portant sur 265 cas d'HPP sur 7 ans dont 119 cas de méchage.

Avec 93,3% de taux de succès et un coût très faible, le MIU est très efficace dans la PEC de l'HPP. Aucune complication à court ou long terme n'est constatée dans la cohorte présentée.

58 cas de grossesses spontanées sont constatés par la suite

**MOTS CLÉS :** Hémorragie du post-partum - Méchage intra-utérin - Tamponnement intra-utérin.

### ABSTRACT

The technic of Intrauterine packing is a very important step to stop postpartum hemorrhage. It is used when a drug treatment fails and before an implementation of surgical treatment.

Prior measures of an effective treatment are addressed and a detailed technic of intrauterine packing is shown, follow by a postpartum hemorrhage research of 265 patients, among them 119 cases of intrauterine packing in seven years.

**KEYWORDS :** Postpartum hemorrhage - Intra-uterine mesh - Intra-uterine compression.

### 1. INTRODUCTION

L'hémorragie du post-partum immédiat (HPPi) est la première cause de mortalité maternelle dans le monde [1] et ce aussi bien dans les pays en développement en Afrique subsaharienne [2] qu'en France (actuellement 1,6 décès/100 000 naissances vivantes) où elle reste la première cause de décès maternel (16 %), et la plus évitable à 80 %.

La prise en charge de l'HPP varie selon les contextes, les situations économiques et l'organisation des soins. Le but de cette prise en charge demeure l'arrêt du saignement. Le tamponnement intra-utérin (TIU) est reconnu comme un moyen efficace contribuant à l'arrêt de l'hémorragie d'origine intra-utérine [3].

Notre objectif dans ce travail est de décrire la technique du méchage intra-utérin et de montrer son efficacité et son faible coût.

## 2. RAPPEL

### 2. 1. Terrain

Notre pratique se déroule dans un hôpital de niveau 2A en France. Dans notre environnement, lorsque les moyens et le niveau de prise en charge requièrent des techniques spécifiques telles que l'embolisation, la patiente est transférée dans un centre disposant d'un plateau technique d'embolisation pour éviter l'ultime recours chirurgical.

Au centre hospitalier de Bagnols-sur-Cèze qui n'en dispose pas, il est réalisé un méchage intra-utérin, en cas de survenue d'HPP. Cette technique mise en place dans notre service en janvier 1999, permet d'éviter, nombre de mutations vers des centres dotés de ces moyens exceptionnels. De plus, aucune patiente prise en charge dans notre service puis transférée dans ce but, n'a bénéficié d'un traitement par embolisation.

### 2.2. Préalables pour une prise en charge adéquate.

La mise en route du MIU nécessite des ressources humaines et matérielles ainsi qu'une organisation adéquates.

#### 2.2.1. Les moyens humains :

- Sage-femme, au moins au nombre de 2
- Auxiliaire de puériculture (ou aide-soignante). Dans notre contexte, elle prend soin du bébé après l'accouchement : 1 à 2
- Un médecin accoucheur senior, accompagné de l'interne ou d'un collègue
- Un médecin anesthésiste réanimateur, accompagné d'un(e) infirmier(e) anesthésiste. Selon le contexte et ses compétences, l'infirmier anesthésiste peut jouer ce rôle, mais il y associe un collègue : 2

#### 2.2.2. Les moyens matériels et médicamenteux

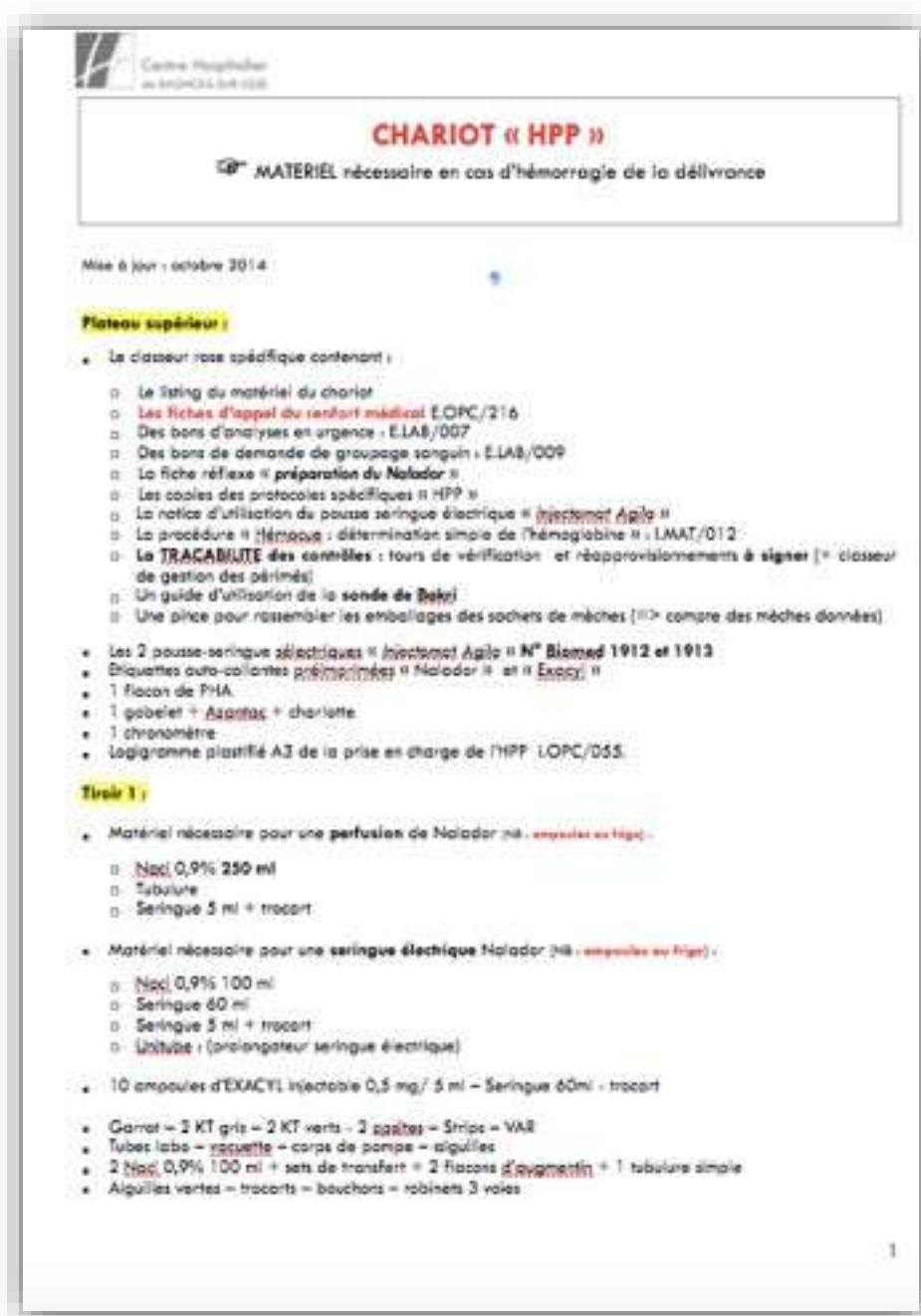
Tout le matériel est rassemblé *dans un chariot « HPP »* que l'on peut déplacer d'une salle d'accouchement ou d'un lit d'accouchement à l'autre. Ceci évite de chercher le matériel dont on a besoin, facteur de perte de temps et de stress, en cas hémorragie du post-partum.

- Valves ou écarteurs : 2 à 3,
- 1 longue pince de type Chéron,
- 4 pinces de Museux,
- de grandes compresses, des mèches, des gants...

Pour aider à établir une trousse d'urgence HPP, dans la **figure 1**, est présenté partiellement le contenu de notre *chariot d'urgence HPP*, dont la liste complète peut être obtenue sur simple demande.

Il est fondamental de tout rassembler en amont pour faire face à l'urgence, sans improvisation.





**Figure 1: Contenu du « chariot HPP ». Content of the trolley**

### 2.2.3. Les moyens médicamenteux de réanimation

Les produits de réanimation doivent être disponibles. Le centre de transfusion sanguine doit disposer 24 heures/24, de culots globulaires et de plasma frais congelé au minimum. Ces centres doivent être accessibles à tout instant. À défaut, un dépôt de sang à proximité de la maternité doit en disposer et être accessible 24 heures sur 24.

### 2.2.4. Rédaction d'un protocole

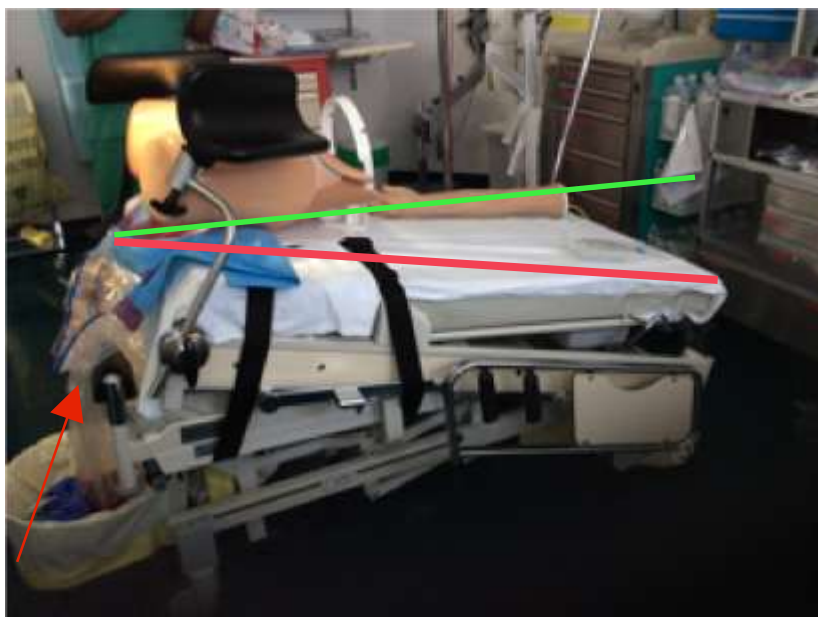
Un protocole rédigé et validé est affiché en salle d'accouchement depuis le 28 janvier 1999. Il répond essentiellement aux questions suivantes : *qui fait quoi et quand lorsque ça saigne ?*



Les réponses à ces questions sont précises pour chaque corps de métier qui participe à l'accouchement et intervient en cas de complication, c'est à dire le médecin accoucheur sénior, l'anesthésiste réanimateur, l'interne et l'infirmier(e) anesthésiste.

#### 2.2.5. Sensibilisation de l'équipe

Une politique préventive est le gage d'une meilleure prise en charge. Pour entretenir les réflexes du personnel, un atelier de prise charge de l'hémorragie du post-partum immédiat est organisé tous les 6 mois au sein de l'équipe soignante. L'expérience montre qu'une seule formation est insuffisante et la répétition sur site est plus performante pour une prise en charge optimale. Une formation de rappel tous les 2 ans est certainement nécessaire.



**Figure 2 : Atelier de formation HPP:**

- sac de recueil (flèche rouge),
- table en Trendelenbourg (niveau rouge)



**Figure 3: Atelier de formation HPP: pinces de Museux sur manequin**

### 2.3. Prévention de l'hémorragie

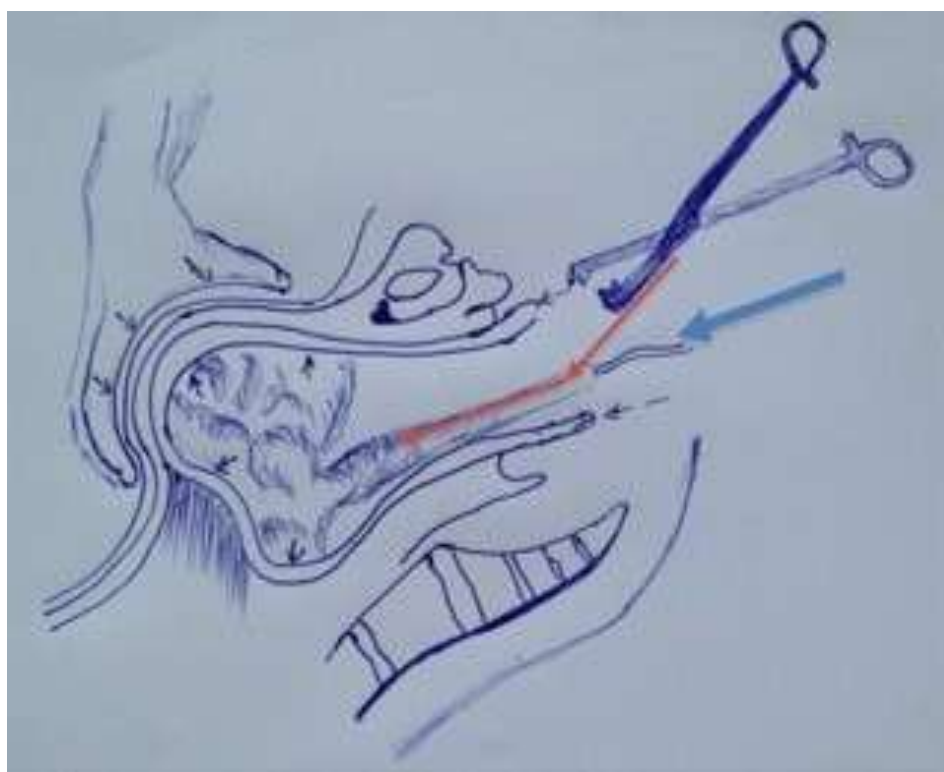
Cette étape est importante pour éviter tout saignement excessif après un accouchement.

Dans le contexte où les moyens sont disponibles, la parturiente reçoit systématiquement lors de l'expulsion du fœtus, et quand apparaît à la vulve l'épaule antérieure, 5 à 10 unités d'ocytocine en bolus rapidement injectés. La perfusion est accélérée immédiatement. Ce geste aide à une délivrance plus rapide et le risque de saignements se voit diminuer.

### 3. TECHNIQUE DE MECHAGE INTRA-UTERIN

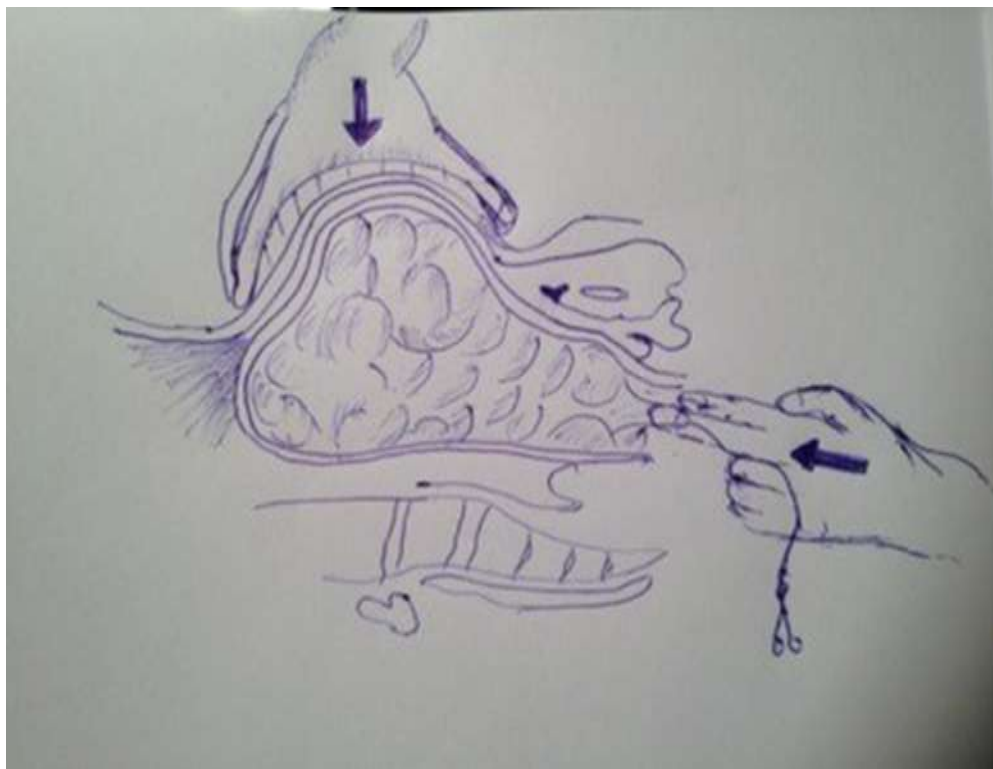
Plusieurs mèches sont disponibles. Les caractéristiques suivantes sont retenues : uni-mèches de gaze hydrophile de coton ourlé, ayant à la base, un fil repère de polyester tressé ; dimensions de 90 cm de long × 6,5 cm de large / 70 X 5 cm. Le coût moyen est de moins de 4€ soit moins de 2625 F CFA. (Ercemèche° de Péters surgical, Unimèche° Euro-Pharmat B.Braun). 4 mèches en moyenne par patiente.

Sous anesthésie péridurale (APD) ou anesthésie générale, position gynécologique, désinfection du vagin à la Bétadine° 10%. Traction du col à l'aide de 4 pinces de Museux, assurant une bonne préhension du col. On tamponne la cavité utérine (**Figure. 4**) dont l'intégrité est vérifiée, libérée de débris et caillots. Du fond utérin jusqu'au col, on introduit grâce à une pince languette (axe utérus, flèche bleue), mèche après mèche, en tamponnant minutieusement toute la cavité utérine. Le fil repère de la mèche est laissé sur pince. Le fond utérin est maintenu par l'autre main opératrice ou par une main aidée



**Figure 4:** Schéma de méchage utérin. Sens d'introduction des mèches : flèches bleues (en général) et rouges (après césarienne)

Un toucher-pression associé au maintien abdominal de l'utérus (**Figure. 5**) termine la fin du méchage intra-utérin en poussant fortement les mèches dans le fond utérin. Une ou deux compresses intra-vaginales assurent une pression vagino-utérine. La sulprostone (Nalador°) 2 ampoules est poursuivie, relayée par de l'ocytocine (Syntocynon°) 10 unités.



**Figure 5 : Toucher bi-manuel avec pression.**

Une antibiothérapie à large spectre type amoxicilline - acide clavulanique est administrée tant que les mèches sont en place (2 g pendant la pose des mèches puis 1 g toutes les 6 heures) et poursuivie 1 ou 2 jours après ablation des mèches, à la posologie de 3 g par jour. Surveillance clinique continue, par la sage-femme au bloc obstétrical (salle de réveil ou en réanimation si transfusion de plusieurs culots globulaires nécessaire. Ce n'est pas le cas dans notre cohorte). Surveillance clinique durant au moins 6 heures (jusqu'à la fin du deuxième flacon de sulprostone) à 10 heures, le temps du relai par l'ocytocine. La patiente est ensuite ramenée dans sa chambre et y demeure jusqu'au retrait des mèches. Ablation complète des mèches après 12 à 24 h, en 3 à 5 minutes, et selon le contexte, simplement ou bien avec ou sans analgésie, anesthésie, toujours en salle d'accouchement. Aucun contrôle échographique n'est nécessaire pendant ou après la pose des mèches, ni d'hystérographie à distance.

Dans le cas particulier d'HPP en post-césarienne immédiat, si l'indication de méchage est retenue (après exclusion d'une mauvaise suture, d'une lésion), la mèche est portée dans la cavité utérine par la pince languette. Le bout porteur de mèche est orienté en direction de la face postérieure de l'utérus (flèches rouges sur **Figure. 4**), vers le fond. On évite ainsi le frottement de la paroi antérieure porteuse de l'utérotonomie et le risque de désunion.

27

Le tamponnement intra-utérin est réalisé après constat de l'inefficacité des mesures thérapeutiques habituelles à savoir: l'utilisation de l'ocytocine, l'exploration de la filière

génitale, la révision utérine, le massage utérin, l'utilisation du Nalador®. La **Figure. 6** représente l'arbre décisionnel utilisé dans notre pratique.

En cas de césarienne, nous distinguons deux situations :

- hémorragie en per-césarienne avec atonie utérine : nous appliquons d'emblée le traitement chirurgical conservateur (capitonnage, suture vasculaire élective, technique de B Lynch) ;
- hémorragie en post-césarienne, après fermeture de la paroi: après avoir exclu une lésion mal suturée.

### ❖ Technique du déméchage

Celui-ci est réalisé dans notre série entre 12 et 24 heures après sa mise en place, le plus souvent sans analgésie ou anesthésie, parfois sous protoxyde d'azote-oxygène ou encore sous une courte anesthésie générale. Le moyen choisi est subjectif et dépend de l'opérateur, de l'état de la patiente (asthénie, stress, appréhension, peur), du déroulement de la PEC de l'HPP (complexité, importance des pertes et retentissement clinique), de la crainte d'une éventuelle reprise hémorragique.

L'ablation des mèches est simple, rapide et sans difficulté. De la plus externe à la plus profonde, on tire sur le fil repère puis la mèche. Un peu de saignement cervical peut être observé. Il faut ensuite tamponner simplement et vérifier pendant quelques 15 secondes son arrêt.

## 4. ETUDE CLINIQUE

La définition de l'hémorragie du post-partum immédiat retenue est : toute perte de sang après accouchement d'au moins 500 cc.

### 4.1. Population

Notre étude est rétrospective et évalue la prise en charge d'une cohorte exhaustive de parturientes qui ont présenté une HPP sur une période de 7 ans allant du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2013. Seules les hémorragies d'origine utérine sont retenues et les hémorragies des parties molles sont exclues.

Ainsi durant la période d'étude, 5764 accouchements s'y sont déroulés, avec 265 cas d'hémorragie du post-partum immédiat soit 3,85% dont 4% par voie basse (231 cas) et 3,05% par voie haute (34 cas).

## 4.2. Terrain

La maternité est dotée d'un service de néonatalogie - pédiatrie prenant en charge des naissances à partir de 33 semaines d'aménorrhée. Les praticiens hospitaliers sont en astreinte opérationnelle, en dehors des praticiens anesthésistes réanimateurs qui sont en garde sur place.

Le service est reconnu par l'Université de Montpellier formatrice des DES en Gynécologie Obstétrique et des médecins spécialistes étrangers en formation en France.

## 4.3. Prise en charge de l'HPP et place du méchage

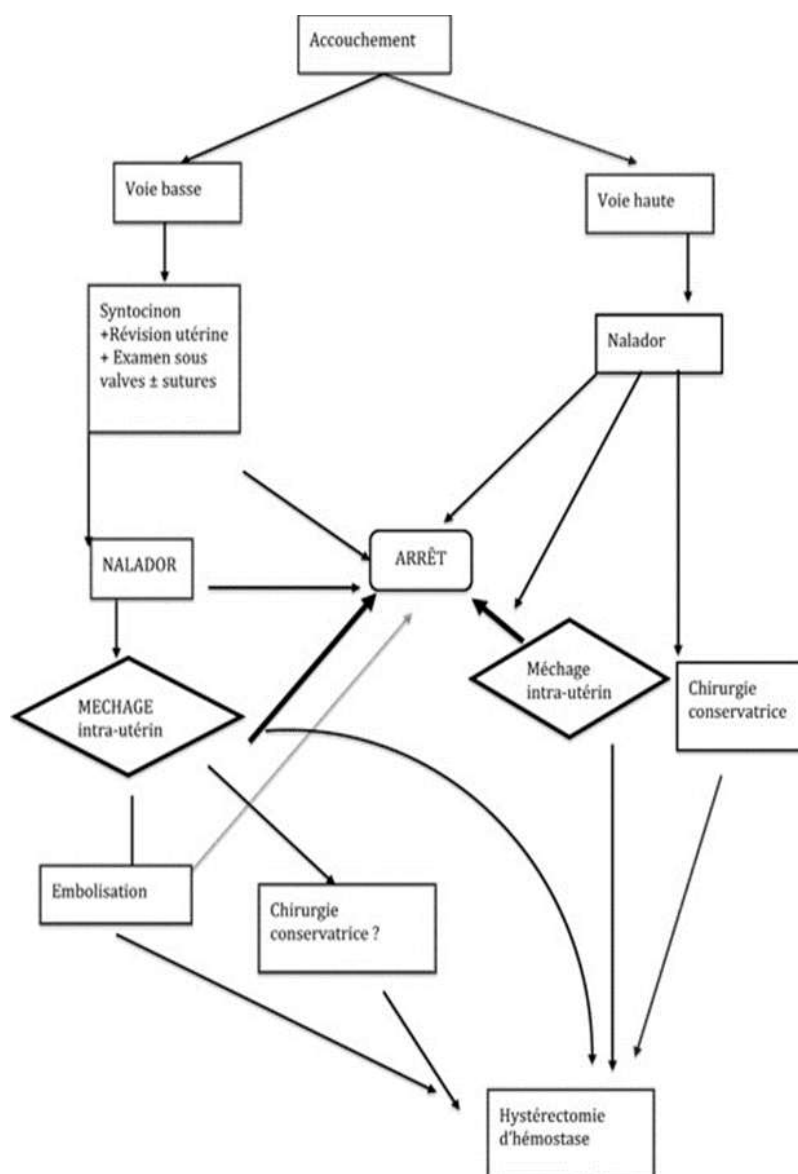
La prise en charge est conforme aux différentes étapes connues : protocole du service, recommandations de pratique clinique (RPC) du Collège National de Gynécologie et Obstétrique français (CNGOF) et une organisation du service.

Lorsque l'HPP persiste, malgré les gestes thérapeutiques mis en place par une équipe complète de sage-femme, gynécologue, anesthésiste-réanimateur après utilisation des prostaglandines, le méchage intra-utérin est débuté.

Le succès de la prise en charge est défini par l'arrêt des saignements, pendant et/ou immédiatement après la pose complète des mèches, constaté par l'opérateur et par la stabilité clinique (tension artérielle, pouls, température), sans reprise ultérieure. Quant à l'échec, il est défini par la persistance des pertes sanguines au-delà de la pose des mèches, avec instabilité clinique (TA, pouls), voire par le recours à un traitement supplémentaire (technique chirurgicale conservatrice, embolisation ou hystérectomie).

Après arrêt du saignement par les mèches, l'utilisation de la Sulprostone (Nalador®) est poursuivie et relayée par l'ocytocine jusqu'à l'ablation des mèches. Une antibiothérapie à large spectre type amoxicilline— acide clavulanique est administrée tant que les mèches sont en place ( 2 g pendant la pose puis 1g/6h ).

La surveillance des patientes est simple, basée sur le contrôle des pertes (rares ou moindres, souillant légèrement les compresses vaginales) et la clinique (douleur, tension artérielle, pouls, température qui sont stables, urines); nous ne pratiquons pas de bilan biologique, mèches en place. Celui-ci est réalisé après le déméchage. Après leur ablation, les mèches sont plus ou moins alourdies, souillées avec des caillots épars accrochés aux fibres.



**Figure 6:** Algorithme de notre pratique - Inclusion du méchage dans la stratégie de prise en charge de l'hémorragie du post-partum.

En cas de césarienne, deux cas de figure sont possibles :

- l'hémorragie se manifeste durant la césarienne, les techniques chirurgicales sont utilisées :  
(capitonnage, suture vasculaire élective, technique de B Lynch) ;
- l'hémorragie se manifeste après la fin de la césarienne, nous utilisons le méchage.  
L'orientation des mèches ,vers la paroi postérieure dans ce cas, évite le frottement de l'utérotomie suturée (flèche rouge, **fig. 4** ) .

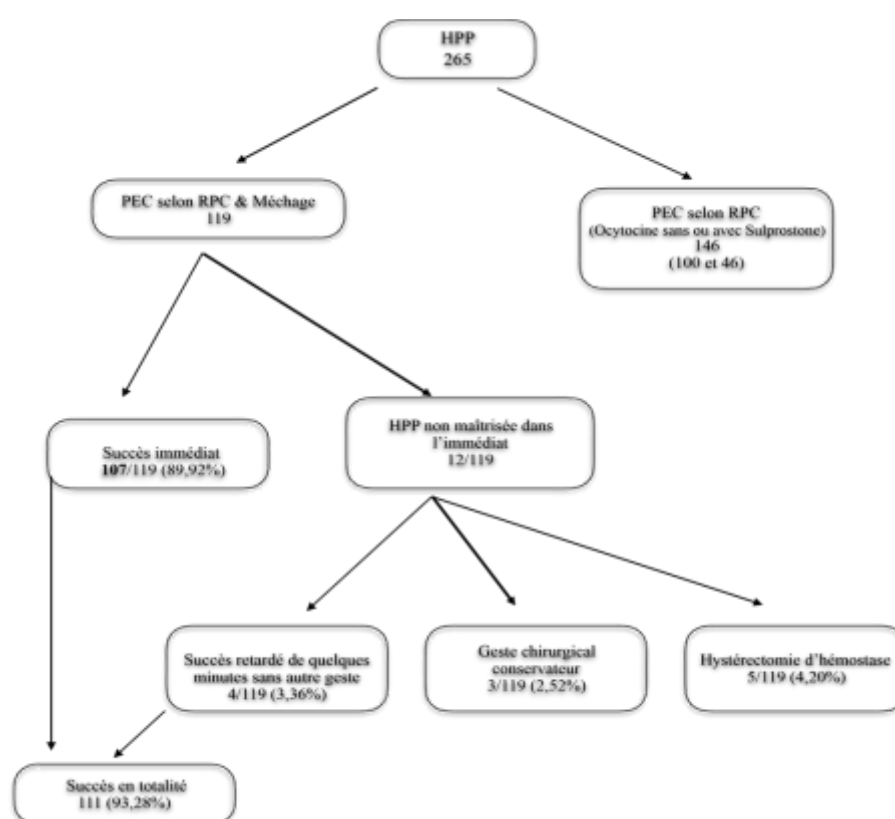


#### 4.4. Résultats

Dans une étude précédente [4] nous détaillons les caractéristiques générales de notre population. Celles-ci demeurent proportionnellement les mêmes, bien que la période et la population étudiées ici soient plus importantes. Ainsi:

- Étiologie à l'origine de l'hémorragie:
  - atonie : 171 cas (64,53%),
  - rétention placentaire : 78 cas (29,43%),
  - autres : 16 (6,04%) dont un cas de placenta accréta.
- Nombre de mèches utilisées est très variable: allant de 2 à 9. Pour les 119 patientes méchées, on compte une moyenne de 4 à 5 mèches par patiente.

Sur la **figure 7**, la prise en charge globale de nos 265 parturientes est détaillée. Elle se fait selon les RPC et le tamponnement qui dans notre pratique est presque exclusivement le méchage.



**Figure 7 : Succès, échec de la prise en charge de l'HPP incluant le méchage**

Dans cette série, les suites à court, moyen et long termes ont été satisfaisantes. En effet, l'ablation des mèches s'est fait simplement et rapidement entre une à trois minutes, sans difficulté et aucune reprise du saignement n'a été constatée sauf dans un cas de placenta accréta, dont la tentative d'ablation à H 48 fut un échec, nécessitant de laisser en place les mèches 5 jours.

Aucune majoration de douleur dans le post-partum n'a été observée; un sentiment d'angoisse est différemment constaté après les cas d'HPP.

La durée avant déméchage est variable dans la littérature selon le contexte, de 24 heures à quelques jours. Aucun cas d'infection n'est à signaler dans notre cohorte.

Il n'y a ni synéchie, ni de symptomatologie liée constatées.

Les patientes sont revues un mois et demi à deux mois après l'accouchement. Aucune plainte fonctionnelle n'a été notée suite au méchage. 58 cas de grossesses post-méchage obtenus sans difficulté sont notés au 31 août 2014.

#### 4.5. Commentaires

Le tamponnement par méchage est utilisé systématiquement dans notre équipe, dès que l'inefficacité de tous les moyens mis en œuvre est constatée avant cette étape **Figure 6**. Le méchage est une méthode efficace, rapide à mettre en place qui permet l'arrêt du saignement quel que soit le flux. Il s'en suit une épargne sanguine en raison de l'arrêt de l'HPP et aussi une meilleure gestion du stress de l'équipe.

L'intérêt médico économique est indéniable : coût des mèches moindre, économie de transfusion, absence ou très peu de transfert, morbidité induite par les mèches non constatée.

Le méchage est une technique peu coûteuse (moins de 4€) par mèche de tamponnement intra-utérin comparativement à l'utilisation du tamponnement par sonde de Bakri. Dans un travail de mémoire de fin d'études réalisé dans le service [6], en termes de succès, nos résultats se rapprochent de ceux observés dans la littérature sur de faibles cohortes de patientes traitées par des sondes de Bakri.

Le délai pour pratiquer le méchage varie selon le caractère distillant ou abondant du flux de l'HPP [4]. Dix minutes après le début d'utilisation des prostaglandines, le méchage est débuté; car retarder son utilisation expose à des complications de type CIVD (coagulation intravasculaire disséminée). Ces complications conduisent souvent à une prise en charge plus lourde de type chirurgical. Dans notre série, peu de conversions chirurgicales ont été réalisées et aucun décès maternel n'a été déploré depuis 1990.

La pratique du méchage utérin nécessite un apprentissage simple et rapide. Les mèches sont utilisées après la vérification habituelle des causes de saignement (évacuation utérine incomplète, lésions des parties molles, voire rupture utérine). Cette étape est soigneuse, active et ordonnée. L'introduction intra-utérine terminée, elle est renforcée par un bourrage vaginal à l'aide des mèches ou des compresses plus grandes. Des précautions périphériques sont prises: sonde urinaire à demeure, perfusion d'utéro-toniques, poids abdominal posé sur l'utérus pour assurer une contre pression bénéfique dans certains cas.

Le travail en équipe entre accoucheur et anesthésiste réanimateur est indispensable. La surveillance des patientes est simple, basée sur le contrôle des pertes et l'état clinique.

L'échec du contrôle des saignements est repérable peu après la pose des mèches. L'accoucheur qui tente de maîtriser l'hémorragie est alerté par l'équipe d'anesthésie-réanimateur en raison des troubles hémodynamiques ou directement par la persistance d'un saignement faible à la vulve traduisant l'inefficacité des mèches qu'il met en place.

Dans notre série, ces échecs ont souvent été liés à l'inexpérience de l'opérateur, ils ne sont plus constatés actuellement. D'où la nécessité d'ateliers simples d'apprentissage (**Figures 2 - 3**). Aucune majoration de douleur dans le post-partum n'est mise en évidence et le risque infectieux est faible. La durée avant déméchage est variable dans la littérature selon le contexte, de 24h à quelques jours [5].



De nombreuses grossesses parmi nos patientes ayant bénéficié de MIU ont été constatées et notre recul est actuellement suffisant pour déduire qu'il n'y a aucun risque sur la fertilité.

## CONCLUSION

Le méchage intra-utérin est un moyen utile dans la prise en charge de l'hémorragie du post-partum et d'apprentissage facile. Cette technique efficace a des avantages certains : réalisable à moindre coût et celui de stopper une hémorragie provenant des cornes utérines et voire d'être efficace dans certains cas de placenta accréta [4] ce qu'un ballon aurait du mal à obtenir. Le succès du méchage est immédiat et sa manifestation clinique est constatée peu après la pose des mèches. Ce succès assure une sécurité de transfert en cas de nécessité. Cette méthode a fait ses preuves dans le passé [4] et devrait rester disponible dans des lieux prenant en charge l'accouchement pour éviter des complications inutiles liées à l'hémorragie du post-partum et permettre un transfert en toute sécurité vers des zones de meilleure prise en charge

## REFERENCES

*Elle est volontairement réduite; se référer à notre article [4] disponible sur Internet.*

1. Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Number 76, October 2006: postpartum hemorrhage. American College of Obstetricians and Gynecologists(ACOG). Obstet Gynecol. 2006 Oct;108(4):1039-47.
2. Mortalité maternelle. Aide-mémoire numéro 348. Novembre 2015. OMS.
3. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : hémorragie du post-partum immédiat. Texte des recommandations 2014. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2014;33, 4S130-6.
4. Makosso M, Koné A.-B, Rossignol M, Bénos P, De Tayrac, Marès P. Le méchage intra-utérin : utilité et place dans la prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat. À propos de 99cas. L'expérience d'un centre hospitalier français de niveau 2A. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) (2014), **44**, 53-62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2013.12.010>
5. Maier RC. Control of postpartum hemorrhage with utérine packing. Am J Obstet Gynecol 1993;169:317-21 [discussion 321-3].
6. N'Dongo Abdallahi , Tamponnement intra-utérin; tentative de comparaison entre le ballon de Bakri et méchage intra-utérin sur l'hémorragie du post-partum. Mémoire pour le diplôme de Formation Médicale Spécialisée Approfondie. Université Montpellier I.

soutenu le 6 octobre 2014 à Marseille.

## Mise au point sur l'insuffisance rénale chronique : Intérêt de dépistage et ses conséquences.

*Bertin EBIKILI, MD*

Néphrologue, Praticien hospitalier - Association ECHO (Nantes), Site du Mans

### 1. INTRODUCTION

L'insuffisance rénale chronique est une maladie progressive et longtemps silencieuse. Elle nécessite au stade terminal, un traitement de suppléance par dialyse ou transplantation rénale. Dans près de 30% de cas, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique se fait à un stade terminal, dans un contexte d'urgence avec risque de décès en l'absence de prise en charge spécialisée de néphrologie ou de réanimation (disposant de structures adaptées) [3]. Il existe pourtant à l'heure actuelle, des moyens considérables pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique, par une meilleure prise en charge de certaines pathologies, comme l'HTA et le diabète, mais aussi de certaines maladies glomérulaires révélées par une protéinurie [5,8]. Ainsi le dépistage de l'insuffisance rénale chronique à un stade précoce est un objectif essentiel de santé publique [7].

### 2. DEFINITION ET PREVALENCE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

La maladie rénale chronique (MRC) est définie, indépendamment de sa cause, par la présence, pendant plus de 3 mois, de marqueurs d'atteinte rénale ou de baisse du débit de filtration glomérulaire estimé (DFG) en dessous de 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> [3,4]. Elle touche environ 10% de la population adulte, soit près de 600 millions de personnes dans le monde et entre 3 et 5 millions en France. Le diabète et l'hypertension artérielle représentent les deux causes majeures de l'insuffisance rénale chronique et ces 2 pathologies sont également les principaux pourvoyeurs de maladies cardiovasculaires [3,9]. Les mêmes causes produisant les mêmes effets, on peut estimer entre 300000 et 500000 personnes atteintes de maladies rénales chroniques au Congo (avant le stade de complications), pour une population de 4,5 millions d'habitants.

### 3. CHEZ QUI FAUT-IL DEPISTER UNE MALADIE RENALE CHRONIQUE ?

La société internationale de néphrologie (ISN) : suggère un dépistage systématique de l'ensemble de la population en contact avec le système de santé, mais cela pose un problème

de coût. La société Britannique de Néphrologie quant à elle, recommande un dépistage ciblé, des patients à risque d'atteinte rénale. En France, en dehors du dépistage systématique en médecine du travail à l'aide d'une bandelette urinaire, le dépistage en médecine ambulatoire de la maladie rénale chronique est limité, à celui de la population à risque rénale, comme aux USA [4,7,9].

Les populations à risque d'atteinte rénale sont des personnes qui présentent des facteurs cliniques de comorbidités ou sociodémographiques.

Les facteurs cliniques de comorbidités sont les suivants : HTA, diabète, obésité, maladies cardiovasculaires, maladies auto-immunes, exposition à certains médicaments (AINS, Lithium, Aminosides, Chimiothérapies ...), infections systémiques chroniques, maladies urologiques obstructives.

Les facteurs de risque sociodémographiques sont représentés par : âge > 60 ans, sexe masculin, intoxication tabagique, environnement (exposition aux métaux lourds), certaines ethnies (populations africaines, afro-européennes, afro-américaines et hispaniques aux USA).

#### 4. COMMENT EVALUER LA FONCTION RENALE ?

Il existe deux mesures actuellement validées, d'évaluation de la fonction rénale [1,2,9]

✓ Les mesures directes qui constituent les méthodes de référence. Celles-ci utilisent un traceur exogène qui, injecté par voie intraveineuse, s'élimine exclusivement par le rein et n'est ni absorbé, ni sécrété par les tubules (Inuline, produits de contraste iodés). Ces méthodes sont limitées par leur coût et ne sont réservées que pour des explorations particulières (par exemple l'évaluation de la fonction rénale chez un donneur vivant, chez des patients obèses ou dénutris).

✓ Les méthodes indirectes de pratique courante, utilisent des marqueurs endogènes comme la créatinine plasmatique et permettent une estimation du débit de filtration glomérulaire. Trois formules sont souvent utilisées pour évaluer la fonction rénale : la formule de Cockcroft et Gault, proposée en 1976 (qui doit être abandonnée, en raison de son imprécision, car surestime la fonction rénale chez les jeunes et la sous-estime chez les personnes âgées), la formule de MDRD (Modification of Diet in Renal Disease), proposée en 2000, plus fiable chez les personnes âgées, qui tient compte des origines ethniques et enfin l'équation de CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology), proposée en 2009 qui reste à l'heure actuelle, la méthode de référence pour évaluer la fonction rénale (2).

#### 5. QUELS MOYENS UTILISER EN PRATIQUE POUR DEPISTER UNE INSUFFISANCE RENALE ?

35

En pratique, le dépistage de la maladie rénale chronique repose sur des examens simples et peu coûteux. Ainsi les personnes à risque d'atteinte rénale, doivent bénéficier :

- d'un dosage de la créatininémie (au mieux par méthode enzymatique) avec estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG).
- d'un examen du sédiment urinaire réalisé à l'aide d'une bandelette urinaire (BU).

Chez le diabétique et l'hypertendu, une recherche de micro-albuminurie doit compléter la bandelette urinaire et la recherche de protéinurie au laboratoire si la bandelette urinaire est positive.

| Stades | DFG ml/min/1.73 m <sup>2</sup>            | Définition                              |
|--------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1      | ≥ 90                                      | MRC* avec DFG normal ou augmenté        |
| 2      | 60-89                                     | MRC* avec DFG légèrement diminué        |
| 3      | Stade 3A : 45 - 59<br>Stade 3 B : 30 - 44 | Insuffisance rénale chronique modérée   |
| 4      | 15 - 29                                   | Insuffisance rénale chronique sévère    |
| 5      | < 15                                      | Insuffisance rénale chronique terminale |

**Tableau 1 : Classification des stades d'évolution de l'insuffisance rénale chronique [3]**

MRC\* = maladie rénale chronique avec marqueurs d'atteinte rénale (albuminurie, leucocyturie, anomalies morphologiques ou histologiques ou de dysfonction tubulaire persistant depuis plus de 3 mois, sur 2 ou 3 examens consécutifs)

|                                                    | Excrétion urinaire d'albumine |                                          |                            | Protéinurie totale        |                               |
|----------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|-------------------------------|
|                                                    | Normo-albuminurie             | Micro-albuminurie                        | Macro-albuminurie          | Protéinurie physiologique | Protéinurie clinique          |
| Urines des 24h                                     | < 30 mg/24h                   | 30-300 mg/24h                            | >300 mg/24h                | < 150 mg/24h              | >500 mg/24h                   |
| Echantillon ponctuel « spot » (rapport ACR et PCR) | ACR < 30 mg/g<br>< 3 mg/g     | 30-300 mg/g<br>H : 2.25-25<br>F : 3.5-35 | ACR > 300 mg/g<br>>30 mg/g |                           | PCR > 500 mg/g<br>>50 mg/mmol |

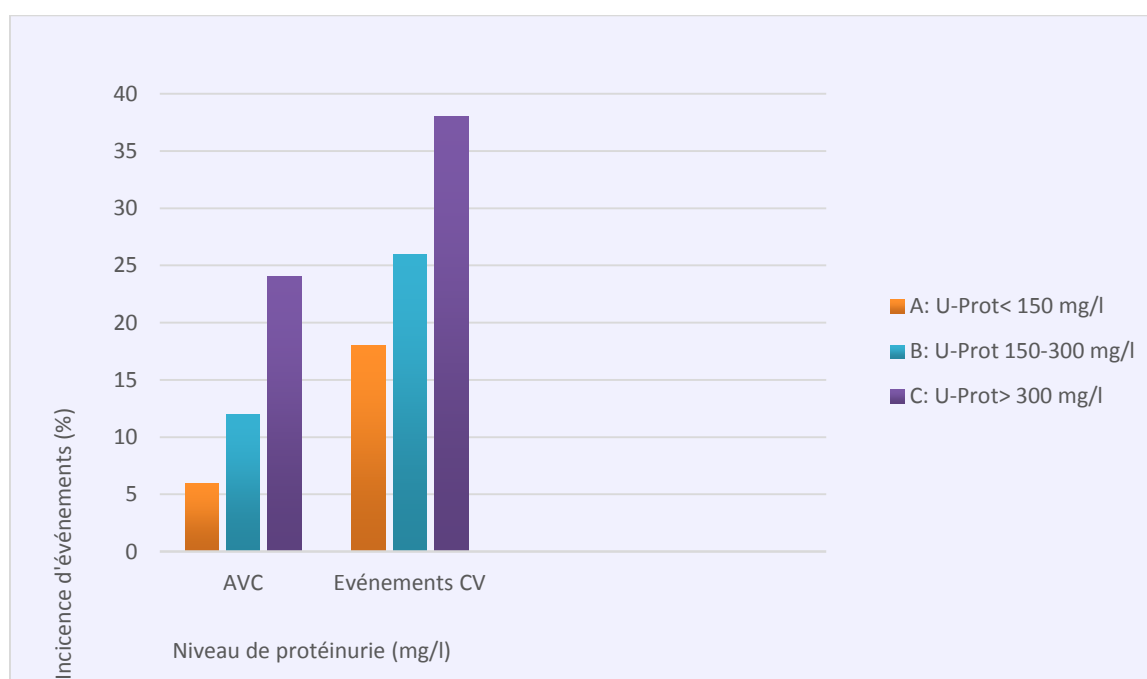
**Tableau 2 : Valeurs de référence de l'excrétion urinaire d'albumine et de protéines [9]**

ACR: rapport albuminurie/créatininurie

PCR: rapport protéinurie/créatininurie

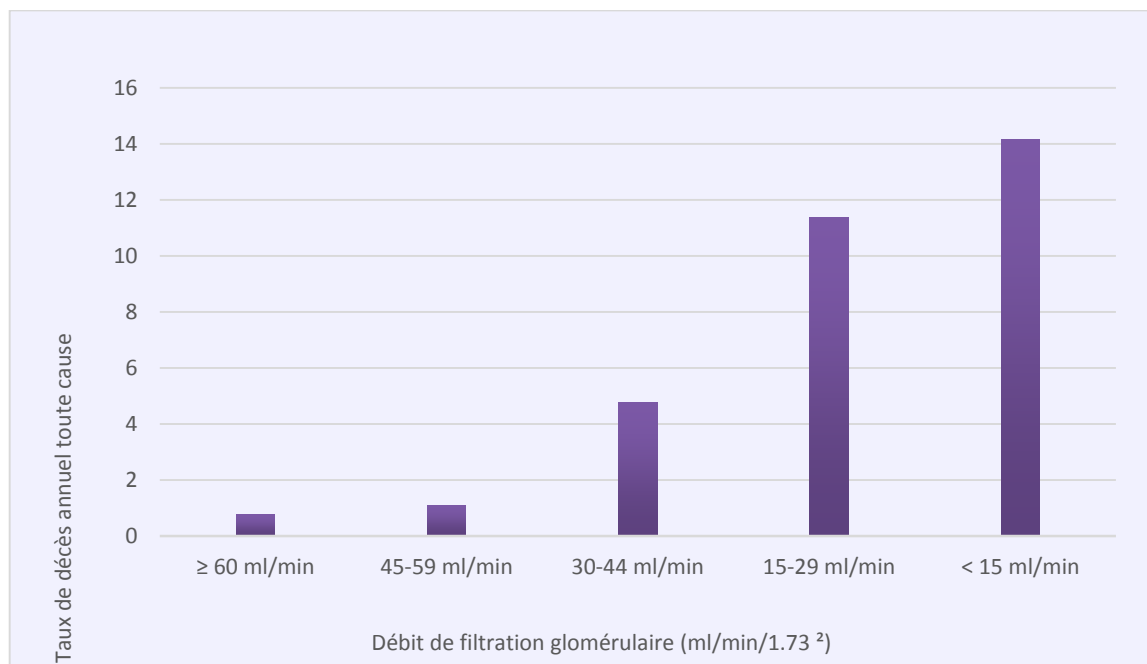
## 6. CONSEQUENCES DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

La première conséquence de la maladie rénale chronique méconnue, est la perte progressive de la fonction rénale conduisant au traitement de suppléance (dialyse ou transplantation). La deuxième conséquence est un risque de décès prématuré par complications cardiovasculaires : les personnes atteintes de maladies rénales chroniques ont un risque accru d'infarctus du myocarde, d'insuffisance cardiaque, d'accident vasculaire cérébral (AVC), de thrombose artérielle périphérique, même si leur maladie n'a pas encore évolué vers l'insuffisance rénale. Ainsi le dépistage de la maladie rénale chronique a pour intérêt, d'évaluer le stade de la maladie, de ralentir sa progression, de prévenir et traiter les complications, de diminuer les risques cardiovasculaires et de préparer les patients au traitement de suppléance dès le stade avancé de l'insuffisance rénale.



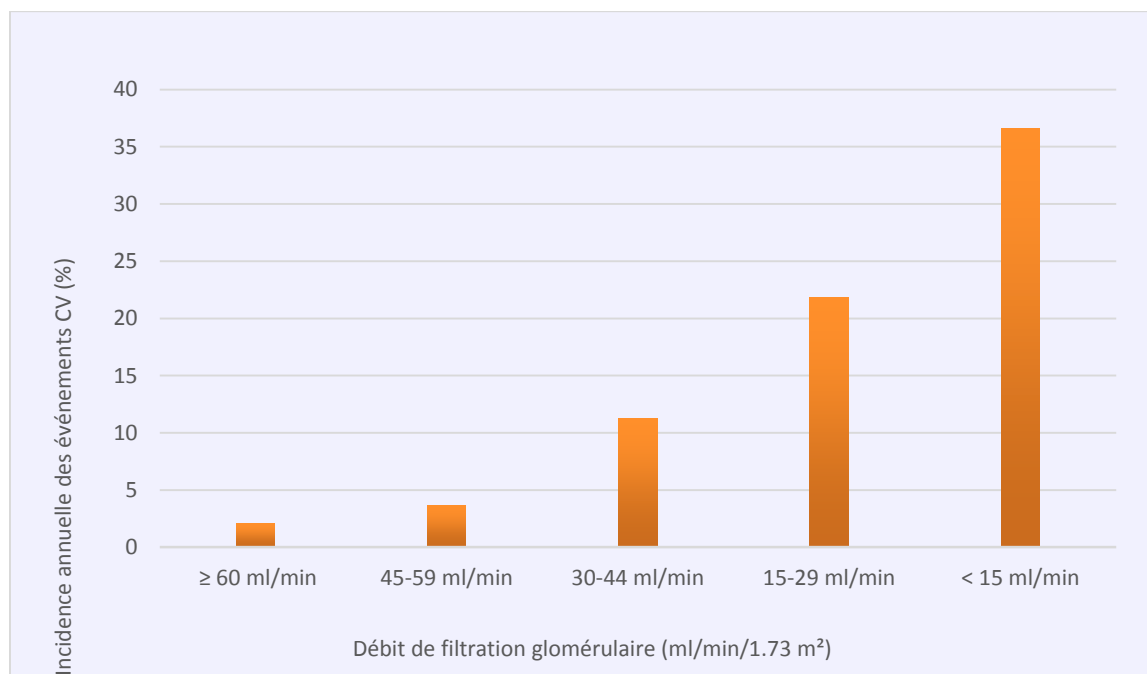
**Figure 1 : Incidence d'événements (%) en fonction du niveau de l'albuminurie [10]**

Le niveau d'albuminurie est associé à une augmentation du risque cardiovasculaire dans le diabète de type 2, tel que le montre la **figure 1**.



**Figure 2 : Corrélation entre sévérité de l'insuffisance rénale chronique et complications cardio-vasculaires [3]**

Il existe une corrélation entre la sévérité de l'insuffisance rénale chronique et la survenue de décès quelque-soit la cause, tel qu'illustré sur la **figure 2**.



**Figure 3 : Risque relatif de décès et d'événements cardiovasculaires selon le niveau de la fonction rénale [3]**

Une corrélation est observée entre la sévérité de l'insuffisance rénale chronique et la survenue de complications cardiovasculaires, ainsi que le montre la **figure 3**.

| DFG estimé                           | Décès toute cause | Événements CV | Hospitalisation toute cause |
|--------------------------------------|-------------------|---------------|-----------------------------|
| $\geq 60$ ml/min/1.73 m <sup>2</sup> | 1.00              | 1.00          | 1.00                        |
| 45-59 ml/min/1.73 m <sup>2</sup>     | 1.2 (1.1-1.2)     | 1.4 (1.4-1.5) | 1.1 (1.1-1.1)               |
| 30-44 ml/min/1.73 m <sup>2</sup>     | 1.8 (1.1-1.9)     | 2.0 (1.9-2.1) | 1.5 (1.5-1.5)               |
| 15-29 ml/min/1.73 m <sup>2</sup>     | 3.2 (3.1-3.4)     | 2.8 (2.6-2.9) | 2.1 (2.0-2.2)               |
| < 15 ml/min/1.73 m <sup>2</sup>      | 5.9 (5.4-6.5)     | 3.4 (3.1-3.8) | 3.1 (3.0-3.3)               |

**Tableau3 : Risque relatif de décès toute cause, de survenue d'événements CV et d'hospitalisation [3]**

## 7. A QUELLE FREQUENCE FAUT-IL DEPISTER LA MALADIE RENALE CHRONIQUE ?

En règle générale, il paraît souhaitable de contrôler la fonction rénale des sujets à risque tous les ans, tous les deux ans dans l'HTA non compliquée, tous les cinq ans, minimum dans quelques situations à risque rénal sans caractère évolutif.

Lorsque le débit de filtration glomérulaire diminue, il est nécessaire de revoir le patient à intervalle régulier qui correspond au DFG /10 exprimé en mois (exemple pour un DFG à 40 ml/min, il faut revoir le patient au minimum tous les 4 mois).

## 8. QUAND FAUT-IL DEMANDER L'AVIS DU NEPHROLOGUE ?

A ce sujet, les recommandations de la HAS [4] sont les suivantes :

- Devant l'existence d'une protéinurie « clinique »
- En cas de baisse de DFG < 45 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> (selon l'équation de CKD-EPI), en tenant compte du déclin physiologique d'environ 1 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> par an à partir de 40 ans
- En cas de doute sur l'étiologie de l'insuffisance rénale
- Devant une HTA résistante à une pluri-thérapie anti-hypertensive (dont un diurétique).



## 9. QUELS SONT LES EXAMENS NECESSAIRES POUR LA CONSULTATION DE NEPHROLOGIE ?

- Dosage de la créatininémie par méthode enzymatique (si possible) avec estimation du DFG (de préférence par l'équation du CKD-EPI), si non par l'estimation du DFG par la méthode MDRD
- La réalisation d'un hémogramme à la recherche d'anémie
- La glycémie à jeun (chez les non diabétiques)
- L'examen cyto bactériologique des urines (ECBU)
- Une protéinurie avec rapport albuminurie /créatininurie (si BU positive)
- Echographie rénale et des voies urinaires.

## CONCLUSION

Le dépistage précoce de la maladie rénale chronique comporte un bénéfice réel pour le patient, en raison d'une prédictibilité de l'évolution, une prévention des complications associées, une information précoce sur l'évolution et un choix concerté sur les méthodes de traitement de suppléance. Il existe également un bénéfice pour la collectivité, en raison de limitation des coûts liés à la dialyse, une réduction des charges de soins urgents hospitaliers ainsi qu'une régulation des ressources de traitement.

Le contrôle de facteurs de risque tels que, le diabète, l'HTA et la réduction de l'albuminurie est nécessaire au traitement de la maladie rénale chronique, pour réduire les risques de complications cardio-vasculaires et ralentir la progression de la maladie rénale. Une collaboration étroite entre spécialistes (néphrologues, médecins généralistes, cardiologues, endocrinologues, internistes, anesthésistes-réanimateurs, pédiatres ou tout autre professionnel de santé, en contact avec les sujets à risque) est souvent nécessaire pour le dépistage de la maladie rénale chronique et la prévention des complications.

Au stade d'insuffisance rénale terminale, seul le traitement de suppléance, par dialyse ou transplantation rénale, permet au patient d'éviter le décès, à court ou à moyen terme.

## REFERENCES

1. Ebikili B., Intérêt et méthode de dépistage de l'insuffisance rénale chronique ; journée régionale sur l'insuffisance rénale chronique, Amiens, 20 novembre 2013
2. Froissart M., Karras A, Jacquot C., Quelles sont les bonnes méthodes de détermination du débit de filtration glomérulaire ? Elsevier, 2008 ; 5(23) : 19-22
3. GO AS., Chertow GM., Fan D. Mc Culloch C.E., Hsu C.Y., Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization, N Engl J Med, 2004 ; Hosetter TH., Lameire N., Eknoyan G., Definition and classification of chronic kidney disease : a position statement from kidney disease ; improving global outcomes (KDIGO), Kidney Int. 67, 2005 ; 2089-2100.351 : 1296-1305.
4. Haute Autorité de Santé (HAS), Guide de parcours de soins dans la maladie rénale chronique, 2012
5. Jungers P., Joly D., Man NK., Legendre C. L'insuffisance rénale chronique : prévention et traitement. 4<sup>ème</sup> édition. Paris : Lavoisier, 2011 : 230p
6. Kiswala Sumaili E. Epidémiologie de la maladie rénale chronique à Kinshasa (RDC), thèse de médecine, Université de Liège, 2009.
7. Levey AS., Atkins R., Coresh J., Ohen EP., Collin AJ., et al. Chronic disease as a global public health problem : approaches and initiatives a position statement from kidney disease Improving Global Outcomes. Kidney Int. 2007 ; 72 : 247-259
8. National Kidney Foundation K/DOQI : Clinical guidelines on hypertension and antihypertensive agents in chronic kidney disease. Am. J. Kidney Dis. 2004 ; 43 : suppl : S1-290.
9. Société française de néphrologie, Evaluation de la fonction rénale et de la protéinurie pour le diagnostic de la maladie rénale chronique chez l'adulte. Nephrol. Ther., 2009 ; 5, 302-305
10. Volpe M. Cosentino F., Ruilope LM. Is it time to measure microalbuminuria in hypertension ? J hypertension, 2003 ; 21(7) : 1213-20.
11. Wyncel A., **Ebikili B.**, Melin JP., Randoux C., Lavaud S., Chanard J., Long-term follow-up of acute renal failure caused by angiotensin converting enzyme inhibitor, Am. J. Hypertens., 1998 ; 11(9) : 1080-1086.

## Controverses à propos du Burn-out ou le Burnout : de la sociologie à la Médecine et à la politique.

*Jean-Claude Ban, MD*

Praticien hospitalier : Nouvel hôpital de NAVARRE (Evreux, 27)

Responsable UHTP,

Responsable équipe mobile de Gériatopsychiatrie

Responsable ESAT LA GRANGE AU BOIS (Lagny Sur Marne, 77)

Responsable FAM LA COUDRAIE (Pomponne, 77)

### 1. INTRODUCTION

Le 16/02/2016, en France, le journal Le monde dans sa section santé rapporte : l'Académie de médecine « met en garde » : « En l'état actuel, le burnout ne peut pas être un diagnostic médical » avant d'ajouter « Il existe une réalité qui mérite l'attention, il faut des recherches pour borner cette notion. » Le lendemain de cette publication, le député socialiste B. HAMON dépose une proposition de loi, signée par 83 députés, favorisant la reconnaissance du burnout. Le texte suggère de faciliter l'instruction et la reconnaissance individuelle des cas d'épuisement professionnel par les Caisses régionales de reconnaissance des maladies professionnelles. Il ressort de cette proposition : « Ainsi les dossiers pourront être plus nombreux à être instruits et la reconnaissance de ces pathologies psychiques liées au travail sera réelle. »

Le burnout, entité non catégorisée au plan médical est curieusement en passe de devenir une maladie professionnelle. Pour mémoire, l'année dernière, malgré la résistance du Sénat, la démarche relative à sa reconnaissance comme maladie professionnelle avait été introduite dans la loi sur le dialogue social, adoptée définitivement en juillet 2015. [4,5]

*Alors qu'est-ce que le burnout ?*

### 2. ASPECTS HISTORIQUES [7]

L'épuisement ou l'effondrement professionnel est surtout connu sous l'appellation anglaise burnout ou burnout. Burnout, ce mot, nous rappelle un autre mot anglais : knockout ou KO, issu des sports de combat et qui désigne la mise hors de combat, d'un combattant à la suite d'un coup porté par son adversaire et lui faisant perdre temporairement ses capacités (la personne est dite « sonnée »). On peut aussi ajouter état de saturation professionnelle. C'est un terme « générique » désignant un état de fatigue émotionnelle, mentale et physique se traduisant par une absence de motivation et de performance, chez des salariés pourtant habituellement investis dans leur travail. Cette situation, cet état est décrit comme d'installation insidieuse après des mois voire des années d'exposition, de « surmenage ». Deux références historiques sont citées en matière de burnout :

- 1974, Herbert J. FREUDENBERGER, psychanalyste
- Et
- 1976, Christina MASLACH, chercheuse en psychologie sociale.

À d'autres moments, l'article, « *Community based treatment for young adult offenders* » d'Harold **B BRANDLEY** publié en 1969 apparaît comme l'article princeps qui décrit pour la première fois un stress particulier au travail sous le terme de burnout, terme repris par FREUDENBERGER, cinq ans plus tard. Il s'agit de la perte d'enthousiasme de bénévoles travaillant avec des toxicomanes et qui finissent par se décourager, accuser des troubles émotionnels et des symptômes physiques d'épuisement. Epuisement caractérisé par le fait de « *ne plus y arriver, s'user et être épuisé par une exigence excessive en énergie, force ou ressources* ». Un paragraphe du texte de FREUDENBERGER est constamment cité par la plupart des auteurs pour tenter d'illustrer la notion de brûlure interne, d'incendie intérieur

« *En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte* ». **C. MASLACH est reconnue comme l'auteure ayant le mieux étudié et analysé la problématique du burnout. On peut d'elle retenir :** « *Le burnout est un épuisement mental et physique des personnes dont le travail nécessite un contact permanent avec autrui. Le burnout trouve ses racines en réponse à une quantité de facteurs stressants s'inscrivant dans la durée.* »

### 3. ASPECTS STATISTIQUES [4,5,9]

On n'a pas d'idée précise de l'importance statistique du burnout, beaucoup de chiffres ont été cités relève P. LEGERON. 30000 personnes touchées par le burnout selon l'Institut de veille sanitaire. 3,2 millions d'actifs en « risque élevé de burnout » selon un cabinet spécialisé dans la prévention des risques professionnels. (Cabinet Technologia). Les données épidémiologiques concernant le burnout sont surtout issues d'études transversales souvent, peu rigoureuses au plan méthodologique. La plupart des travaux recensés ressortissent de la sociologie et/ ou de la psychologie sociale.

### 4. ASPECTS SEMIOLOGIQUES [1,2,4,5,6]

On inventorie diverses expressions pour désigner le burnout : grande souffrance, état d'épuisement professionnel, détresse psychologique, état de stress prolongé, effondrement professionnel. Le rapport de l'Académie de Médecine mentionne qu'il est en outre difficile de faire la part des choses entre le mal être au travail et ce qui relève d'une « vraie maladie » nécessitant la prise des médicaments. Réalité mal définie, mal quantifiée, le burnout apparaît aujourd'hui comme l'intitulait l'émission Capital du 30/06/2015, « maladie de la discorde ». Au nombre des difficultés d'identification du burnout, on peut retenir : « *Sa présentation s'apparente, soit à un trouble de l'adaptation, soit à un état de stress post traumatique, soit à un état dépressif.* »

Le terme de burnout renvoie donc cliniquement à une situation allant d'un état de détresse psychologique à un état pathologique de syndrome d'inadaptation, à un facteur stressant chronique. Les nosographies médicales ne font pas mention du burnout et à ce jour aucun pays ne l'a reconnu comme maladie professionnelle.

## 5. DESCRIPTION SEMIOLOGIQUE [1,7,8,9]

D'un auteur à l'autre, la description du burnout passe de 3 à 12 phases mais tous s'attachent à présenter son installation comme un processus graduel dépendant de la durée et de l'intensité des stressors auxquels le sujet est exposé mais aussi de sa personnalité et de sa capacité de résistance, de sa résilience.

Le modèle à 4 phases pourrait se résumer de la manière suivante :

- Au début, engagement, implication et enthousiasme très marqués au travail, sources de satisfaction ;
- Phase d'alarme : surengagement au travail, « pollution » de toutes les sphères de l'existence par les préoccupations professionnelles ; persistance de la motivation et de la satisfaction au travail ;
- Obstination dans le travail, sans plaisir décrit comme un acharnement frénétique, déni de tout surmenage et désintérêt pour les autres ;
- Phase d'effondrement ou d'épuisement professionnel.

Le trépied dimensionnel défini par le modèle MBI (Maslach Burnout Inventory) permet un regroupement symptomatique qui marque l'évolution du processus :

- La première dimension, la plus centrale est l'épuisement émotionnel, psychique mais aussi physique. C'est la période extrêmement douloureuse de la perte d'énergie, de la sensation d'abattement ;
- La seconde est la dépersonnalisation nommée aussi cynisme marquée par un état d'indifférence vis-à-vis du travail et des autres. Cet état laisse progressivement place à l'ennui et au cynisme.

Et enfin,

- La troisième dimension qui correspond à la perte de l'accomplissement personnel, marquée par l'inefficacité et la dévalorisation.  
A ce stade, on constate un état d'irritabilité évoluant crescendo envers l'entourage conséquence de l'impatience et surtout de l'incapacité ressentie devant les tâches à accomplir.  
« Pour d'autres, l'épuisement se produit sous le signe du paradoxe et jusqu'à ce que tout s'écroule très rapidement, ces derniers sont envahis par un sentiment de toute-puissance. » Point important, à la différence du sujet déprimé, la culpabilité est souvent remplacée par de la colère éprouvée. Cependant les troubles cognitifs sont présents, gênants ;majeurs, responsables d'un état de désorientation, de troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention, entravant la compréhension et altérant profondément le jugement, entretenant ainsi chez le sujet le sentiment angoissant d'aliénation, source d'agitation et de désorientation.

## 6. ASPECTS PSYCHOPATHOLOGIQUES [7]

Le concept de burnout se définit dans un contexte spécifiquement lié à l'activité professionnelle et son développement repose sur les mêmes théories que celles du stress au travail cité par Lindblom.

De la pénibilité au travail au stress professionnel (nouvelles formes de contraintes) :

L'histoire nous apprend que « Nos aînés considéraient que le travail c'était la santé. Le passage de la mécanisation à l'automatisation des tâches, les nouvelles organisations, le management actuel nous rendraient-ils plus vulnérables ? Ou, serions-nous plus fragiles que nos aînés ? Nos organisations actuelles nous permettraient-elles à la différence de nos aînés, d'exprimer plus facilement notre malaise au travail ?

Les risques psychosociaux naissent à l'interface de l'individu (le psychologique) et de l'environnement du travail (l'écologie). Les facteurs étiologiques du burnout sont ceux des risques psycho-sociaux. Les modèles sociologiques de **KARASEK** et de **SIEGRIST** ont été utilisés pour tenter d'élucider le burnout.

Ces modèles ont été complétés par d'autres décrits plus novateurs se rapportant aux problèmes d'éthique et de conflits ou d'ambiguïté de rôle dans la genèse du burnout. Rappelons que ces derniers modèles sont ceux étudiés dans les paradigmes de stress au travail tandis que ceux de Karasek et Siegrist relèvent des expositions psychosociales.

### Le modèle de **KARASEK** (Demande-contrôle)

Le stress naît de la notion de déséquilibre entre une impression personnelle du manque de ressources ou de moyens de l'individu pour faire face à la demande qui lui est faite et qu'il cherche néanmoins à satisfaire. On pourrait le dire autrement, en situation professionnelle, il est vécu une inadéquation entre la demande, les exigences et les moyens mis à la disposition pour les atteindre. Ce modèle a permis l'éclosion d'un autre assez proche : le JD-R (Job Demands-Resources) ou exigences/ressources. Les exigences à la fois quantitatives et qualitatives seraient à mettre en balance avec les ressources, notion plus large, ici, incluant : l'autonomie du salarié, le soutien social de ses pairs et de sa hiérarchie et ses possibilités de développement au sein de l'entreprise. Du déséquilibre entre ces deux éléments, naîtrait la souffrance, l'épuisement au travail.

### Le modèle de **SIEGRIST** (Effort-récompense)

Le modèle du déséquilibre efforts/récompenses repose sur l'hypothèse qu'une situation de travail se caractérisant par une combinaison d'efforts élevés (la charge) et de faibles récompenses (matérielle, sociale, symbolique) s'accompagne de réactions sur le plan émotionnel et physiologique potentiellement délétères. Ce modèle proposé à la fin des années 80, ouvre la voie au concept de « réciprocité sociale », c'est-à-dire la possibilité d'avoir accès à des avantages considérés comme légitimes compte tenu de l'effort fourni au travail.

Quel que soit le modèle explicatif utilisé, on observe que l'importance de la charge de travail, la pression temporelle sont des facteurs qui, souvent conduisent au burnout. D'autres facteurs s'y associent, en lien avec les nouveaux styles de management, comme le sentiment d'insécurité de l'emploi et la nécessité de flexibilité des salariés.

## 7. CONCLUSION

En février 2016, le burnout se présente comme une détresse psychologique, une grande souffrance, un épuisement professionnel avec état d'abattement (le KO du boxeur, sonné). Désintérêt, déshumanisation, épuisement émotionnel, psychique et physique, autant de symptômes lui sont reconnus et pourtant, dans l'état actuel des connaissances, le statut de maladie ne lui est pas reconnu médicalement. Il ne s'agit pas pour l'heure d'une entité bien définie, bien caractérisée, distincte des autres déjà répertoriées dans les nosographies internationalement partagées. Cette situation n'est pas « une exception française », elle est une réalité partagée par plusieurs pays dans le monde. Aussi, l'Académie de médecine recommande entre autres :

- ❖ La mise en place de programmes spécifiques de recherches, façon aussi pour la médecine de se réapproprier cette problématique longtemps étudiée principalement par la sociologie et la psychologie du travail ;
- ❖ La mise en place d'une plateforme commune entre le ministère de la santé, longtemps considéré, comme ayant délaissé cette question de santé publique et le ministère du travail en charge du dossier.

Burnout, « maladie » de la discorde, le train politico-judiciaire en marche révèle par moments comme enjeu, le souhait « d'en imputer la prise en charge aux responsables, les employeurs ». En attendant les recherches médicales recommandées, comme pour l'ensemble des maladies psychiques qui à ce jour ne figurent pas dans la liste des maladies professionnelles, les situations requièrent un examen au cas par cas.

A l'heure du salon de l'agriculture, l'histoire du burnout fait évoquer les notions de sillons à tracer, de bornes à délimiter, mais aussi des passerelles, des rigoles à créer de façon à ce que la charrue ne soit pas mise avant les bœufs comme l'exprimait J.P Olié, co-auteur du rapport de la commission psychiatrie et santé mentale de l'Académie de médecine.

## REFERENCES

1. Brunet L : « Les trois phases d'un burnout » Cadre-emploi.fr conseils-carrière 18/03/2012
2. Capital.fr : « Le burnout, maladie de la discorde » Carrière-management-actualités 1051796–30/06/2015
3. Lefigaro.fr Actualités : « Le burnout, une maladie mal définie » 16/02/2016
4. Le monde.fr : « Burnout, légiférer serait extrêmement périlleux » 17/02/2016
5. Le quotidien du médecin.fr : « Le burnout n'est pas un diagnostic médical » 16/02/2016
6. Nouvelobs.com – l'Obs actualités « Burnout » 16/02/2016
7. Rioux A : « L'épuisement professionnel selon Freudenberg » Bibliothèque de psychologie de psycho-ressources « Epuisement professionnel »
8. Santé mentale.fr – Actualités Burnout : « Les recommandations de l'Académie de médecine » 17/02/2016
9. Sciences et Avenir : « Le Burnout, un concept flou que l'Académie de médecine veut préciser » Cerveau et psy, 17/02/2016



## Hémorragie du post-partum : Point de vue de la sage-femme.

*Bérengère André, Pierre Gourdon*

Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier, 7, avenue Alphonse-Daudet, 30200 Bagnols-sur-Cèze.

L'hémorragie de la Délivrance est la première cause de décès maternel. Sa fréquence varie entre 2 et 9%. C'est l'une des complications obstétricales la plus redoutée par les sages-femmes tant par son caractère imprévisible que par sa gravité.

Notre maternité de niveau 2a se trouve au sein de l'hôpital Louis Pasteur à Bagnols Sur Cèze. Nous effectuons environ 1000 accouchements par an et la fréquence des HDD y est de 6%. La diminution de ce taux a toujours été un enjeu majeur dans notre établissement, c'est pour cela que depuis de longues années nous menons une lutte contre les HDD. Durant les années 90, l'efficacité de la délivrance dirigée a été évaluée durant une étude puis généralisée à tous les accouchements de notre service.

Nous sommes actuellement quinze sages-femmes à travailler en salle d'accouchement, avec une moyenne d'âge d'une trentaine d'années. Cela peut paraître jeune mais n'altère en rien notre prise en charge des HDD. Notre équipe est habituée et entraînée à la prise en charge de l'HDD. Cela n'est pas seulement le fruit de notre formation à l'école de sage-femme, mais plutôt celui d'une stratégie de formation professionnelle continue. En effet il a été mis en place au sein de notre maternité des ateliers de prise en charge des HDD avec des mises en situation au bloc obstétrical réunissant tout le personnel concerné. C'est ainsi que nous avons acquis des automatismes entre tous les professionnels de l'équipe de soins, ce qui facilite notre réactivité et notre efficacité lors des situations d'urgence.

C'est notamment durant ces ateliers que les fiches réflexes HDD pour les auxiliaires de puériculture ont été mises en place dans le but de permettre une meilleure communication entre les opérateurs ainsi qu'une meilleure réactivité. Ces fiches comprennent deux éléments capitaux pour l'appel du gynécologue-obstétricien : la quantité de sang perdue ainsi que le caractère aigu ou distillant de l'HDD.

D'autres évolutions ont été incluses dans nos pratiques, par exemple si une perfusion d'ocytocine a été employée pendant le travail il est recommandé de l'arrêter au moins trente minutes avant le début des efforts expulsifs, afin de désaturer les récepteurs à l'ocytocine et d'éviter les HDD en renforçant l'action de la délivrance dirigée. En cas de facteur de risque avéré d'HDD (par exemple un antécédent d'HDD, une macrosomie fœtale, une grossesse gémellaire, un travail très rapide ou lent...), la délivrance dirigée sera faite avec dix unités d'ocytocine à la place des cinq unités habituelles.

47

L'apparition du chariot et de la fiche HDD, au sein même de notre bloc obstétrical nous ont permis d'être opérationnel dans n'importe quelle salle d'accouchement, et ainsi ne pas perdre de temps dans l'acheminement du matériel. Le chariot d'HDD comprend le matériel nécessaire à la prise en charge rapide d'une HDD en évitant des allers-retours chronophages aux intervenants. On y trouve le nécessaire pour poser une deuxième voie veineuse et réaliser



un bilan en urgence, préparer une perfusion de sulprostone°, faire une révision sous valves, une suture du col utérin, un méchage intra-utérin... Nous disposons également d'une sonde de Bakri.

La généralisation de la poche de recueil des pertes dans les packs d'accouchement et sa bonne utilisation ont fait avancer la lutte contre les HDD en permettant aux sages-femmes d'être les plus réactives possible dans le diagnostic et l'appel de renfort. En cas de doute, les compresses utilisées sont également pesées pour une quantification des pertes au plus près de la réalité.

La réalisation du tour des salles après la prise du poste afin de vérifier que tout le matériel en cas d'HDD est prêt est capital. Le chariot d'HDD est contrôlé tous les mois par une sage-femme et son réapprovisionnement est effectué après chaque utilisation.

Même si les HDD ont le plus souvent un caractère imprévisible, les sages-femmes sont les premiers maillons de la chaîne. Ce sont elles qui ont la devoir de diagnostiquer l'HDD. Nous nous attachons à faire évoluer nos pratiques afin d'être le plus réactif possible et ainsi, malgré les appréhensions de tous, d'être le plus efficace possible dans la prise en charge d'une HDD.

Question à la sage-femme que vous êtes : merci de donner 5 éléments clés que vous vous dites de ne jamais oublier en amont, pour être efficace dans la prise en charge de l'HPP?

#### B. ANDRÉ, sage-femme, 5 ans de pratique.

1. Je vérifie le tableau de garde (gynécologue-obstétricien, interne, anesthésiste, pédiatre), dès ma prise de service.
2. Je vérifie le stock d'ocytocine, de sulprostone° et de pabal°.
3. Je prépare systématiquement une seringue de 5UI et une seringue de 10UI d'ocytocine, dès qu'une patiente est en travail en vue de la délivrance dirigée.
4. Je vérifie la présence du chariot HPP.
5. Si je dois utiliser de l'ocytocine pendant le travail je veille à respecter la fenêtre thérapeutique d'au moins 30 minutes avant le début des efforts expulsifs.

#### P. GOURDON, sage-femme, 9 ans de pratique.

1. Toute patiente qui accouche doit avoir une voie veineuse fonctionnelle, de calibre suffisant ou un cathéter en place.
2. Délivrance dirigée (seringue avec 5 ou 10 UI de syntocinon°) toujours préparée à l'avance ainsi qu'une poche d'ocytocine qui maintiendra un bon globe utérin après la délivrance.
3. Sondage évacuateur avant le début des efforts expulsifs pour éviter toutes entraves à la bonne rétraction de l'utérus.
4. Installation de la poche de recueil quelques instants avant ou après la naissance du bébé pour préciser le début et la quantité de sang perdue en cas d'HPP.
5. Vérification avant l'accouchement :
  - \* les bilans sanguins sont à jour (NFS, bilan coagulation, 2 groupes sanguins, RAI)
  - \* les antécédents de la patiente
  - \* les praticiens de garde (obstétricien, anesthésiste et interne) sont joignables
  - \* le matériel des salles de travail est opérationnel

### Allaitement maternel chez l'enfant hospitalisé

*Kheira Ladghem, Infirmière puéricultrice Consultante en lactation  
Centre Hospitalier de Roubaix, 11-17 boulevard Lacordaire, BP 359- 59056 Roubaix cédex 1*

#### 1. INTRODUCTION

Le lait maternel reste l'aliment de choix vivement recommandé par l'OMS pour tout nouveau-né ou nourrisson avant l'âge de la diversification alimentaire. Ce type d'alimentation offre de nombreux avantages tant pour l'enfant, la mère allaitante que pour leur relation. La durée recommandée de l'allaitement maternel (AM) exclusif est au minimum de 6 mois pouvant aller jusqu'à 2 ans [1,2].

De nombreux facteurs maternels ou de l'environnement peuvent interférer sur le bon déroulement de l'AM. Ainsi, la poursuite d'un AM peut être interrompue précocement pour des raisons maternelles ou liées à l'enfant. Parmi celles-ci figure l'état de santé d'un enfant en incapacité de téter correctement. Une bonne connaissance des facteurs d'encouragement ou de promotion de l'AM permet d'éviter des arrêts intempestifs souvent préjudiciables à l'état de santé des enfants. Les enfants nourris au sein sont à risques d'arrêt de l'AM en cours d'hospitalisation.

Pour évaluer les risques d'arrêt de l'allaitement maternel chez l'enfant hospitalisé, nous avons conduit une étude dans le service de Pédiatrie du Centre Hospitalier de Roubaix.

#### 2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Cette étude avait pour objectifs de :

- Déterminer les facteurs de risque de l'arrêt de l'AM exclusif chez l'enfant hospitalisé ;
- Evaluer le projet d'AM des femmes allaitantes ;
- Evaluer le rôle des soignants auprès des mères afin de les accompagner au mieux dans leur choix ;
- Promouvoir l'AM selon les recommandations de l'OMS.

#### 3. METHODE ET PATIENTS

Une étude a été réalisée du 1er octobre 2012 au 30 janvier 2013 dans un service de médecine pédiatrique qui accueille les nouveau-nés et enfants jusqu'à l'âge de 15 ans. Cette période d'étude a été choisie en raison de la survenue du pic épidémique de bronchiolite, situation à risque d'arrêt de l'AM.

Trente mamans d'enfants âgés de 15 jours à 3 mois, nourris exclusivement au sein et hospitalisés pour une infection respiratoire ont été interrogées par questionnaire en cours

d'hospitalisation. Ces mamans ont été incluses au regard des risques d'arrêt de l'AM, les affections respiratoires chez les nourrissons étant souvent responsables de difficultés d'alimentation pouvant conduire à interrompre l'AM.

Les mamans assurant un allaitement mixte étaient exclues de l'étude.

Le questionnaire distribué portait sur l'état civil, le statut matrimonial, le niveau d'étude, l'activité professionnelle, l'expérience et les connaissances sur l'AM, le projet d'AM et les raisons d'arrêt éventuel de l'AM.

#### 4. RÉSULTATS

Les 30 mères interrogées ont toutes répondu au questionnaire. Celles-ci indiquaient une envie plus ou moins forte d'arrêter l'AM.

Parmi celles-ci, 36% étaient âgées de 20 à 25 ans, 20% de 25 à 30 ans, 30% de 30 à 35 ans et 13% avaient plus de 35 ans. 60% étaient multipares.

Concernant leur niveau d'études, 23% avaient un niveau de collège, 40% un niveau baccalauréat et 37% un niveau d'études supérieures.

Concernant leur statut professionnel, 53% exerçaient une activité professionnelle, les autres étant mères au foyer.

Concernant les antécédents, 70% avaient une expérience ou des connaissances sur l'AM. 40% qualifiaient leur expérience comme bonne ou moyenne et 20% comme mauvaise. Parmi, les bonnes expériences, 2 souhaitaient poursuivre l'AM jusqu'à l'âge de 6 mois. Les 12 femmes trouvant l'expérience moyenne attribuaient ces moments difficiles à la fatigue, les crevasses et l'insuffisance de montée lactée. Les 6 mères trouvant l'expérience mauvaise la vivaient comme un échec et évoquaient le manque de lait, le refus de téter, la fatigue et les crevasses. Concernant l'allaitement actuel, 60% avaient fait un choix naturel et 40% s'étaient décidés après une prise de conscience de son importance. Au regard de son déroulement, 20% le vivaient très bien, évoquant comme intérêt par ordre décroissant : la bonne prise pondérale, faire plus vite ses nuits, pleurer moins, accorder plus de liberté et être moins fatiguée. 27% le vivaient plutôt bien avec toutefois des contraintes d'organisation et 53% plutôt mal évoquant un bébé qui pleure et tête beaucoup et se posant des questions sur l'intérêt de la poursuite de l'AM.

Concernant la durée du projet de l'AM, 27% souhaitaient poursuivre l'AM le plus tard possible, 13% pendant un mois suivi d'un relais par du lait 1er âge, 13% pendant 2 à 3 mois jusqu'à la reprise du travail et 47% n'avaient pas de durée prévisible d'AM.

Les raisons évoquées d'un éventuel arrêt d'AM étaient variables : 47% pour fatigue, 20% pour reprise du travail, 17 pour prise pondérale insuffisante du bébé et 13% souhaitaient poursuivre l'AM.

Concernant la possibilité de poursuivre l'AM en tirant son lait, seule la moitié des femmes interrogées y avaient pensé spontanément, les autres ayant été poussées par le personnel soignant. Seule une mère connaissait l'expression manuelle pour tirer son lait.

Concernant les sources d'informations, 20% avaient assisté à des réunions d'informations, 10% connaissaient l'existence de réseaux d'AM tels que la Leache-League et les autres mères citaient comme sources la maternité, les services de PMI, le médecin traitant et les pharmaciens.

Parmi les sources d'influence, 67% avaient été influencées par le conjoint qui privilégiait l'AM citant la prise de poids du bébé comme avantage ou la grand-mère qui préférait l'allaitement mixte avec pour intérêt de diminuer la fatigue de la maman.

## 5. DISCUSSION

Cette étude souligne la problématique de la poursuite de l'AM dans de bonnes conditions chez l'enfant hospitalisé. En effet, un AM bien conduit repose sur plusieurs facteurs, une motivation et un état nutritionnel corrects de la mère ainsi que des connaissances satisfaisantes des conditions optimales de tétées. Plusieurs circonstances peuvent entraver le bon déroulement et conduire à un arrêt intempestif de l'AM. Le vécu, les préjugés et l'entourage jouent également un rôle non négligeable néfaste ou stimulant dans la bonne conduite de celui-ci.

Notre étude a bien montré que la majorité des femmes allaitantes font un choix naturel de l'AM convaincues de son intérêt pour le bébé. Cependant elles participent peu aux réunions d'informations sur le sujet. Les raisons évoquées étaient la méconnaissance de leur existence ou le manque de temps pour s'y rendre, compte tenu des occupations professionnelles ou familiales.

Cette étude soulève également la question des raisons invoquées pour l'arrêt de l'AM qui peuvent être aisément surmontées : fatigue, reprise du travail, prise de poids ou celle des échecs des expériences précédentes : manque de lait, refus de téter, fatigue, crevasses. L'ignorance de la possibilité de poursuivre l'AM en tirant son lait grâce à un tire lait ou par expression manuelle a également été indiquée. Ainsi chez, 10 femmes sur 30 présentant des engorgements mammaires ou des crevasses, la poursuite de l'AM a pu être 'sauvée', grâce à de simples expressions manuelles. Ces engorgements sont en relation avec les diminutions de fréquence de tétées par un enfant malade et affaibli. Notons toutefois que les mamans exprimaient une déception de constater que l'AM ne protégeait pas contre toutes les maladies. Des consultants en lactation pourraient leur apporter des informations rassurantes, assurant ainsi la promotion de l'AM.

Ceci souligne le manque d'informations pertinentes transmises aux femmes désireuses d'allaiter. Tout ceci relève de la nécessité d'un bon encadrement et d'un bon apprentissage du déroulement de l'AM et d'une bonne transmission d'informations sur la physiologie de la lactation. De nombreuses notions sur l'AM méritent qu'on s'y attarde pour accompagner les mamans dans leur désir d'allaiter : besoins et rythme du bébé, position pendant la tétée, douleur du mamelon, engorgement, ...

Les dix conditions pour assurer avec succès un AM sont actuellement bien connues et ont fait l'objet d'une large diffusion par l'OMS et l'UNICEF [1,3,4]. Par ailleurs, les formations sur l'allaitement maternel sanctionnées par un diplôme existent actuellement pour promouvoir l'AM auprès des jeunes mères et pour bien conduire un projet d'AM. De plus, une dizaine d'établissements en France dont la maternité du Centre Hospitalier de Roubaix, ayant fourni des efforts de promotion de l'AM portent le label « Hôpital Ami des Bébés » qui est une démarche de qualité reconnue par l'OMS témoignant de leur investissement dans ce domaine [5]. Aussi, dans l'hexagone, une Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM) fédérant les différentes associations de soutien de l'AM a été créée en 2000 à la suite de la semaine mondiale de l'AM. Cette coordination a mis en place un label reprenant les dix conditions de promotion d'un AM, sans toutefois exiger un taux d'AM requis en sortie de maternité [6]. La CoFAM œuvre ainsi à la protection et au soutien de l'AM avec le soutien du ministère de la santé française.

## CONCLUSION

Le bon déroulement d'un AM nécessite une transmission d'informations pertinentes pour une bonne préparation et un vécu correct de cet acte indispensable pour un nouveau-né ou un petit nourrisson. La formation des personnels de maternité et de pédiatrie doit être renforcée pour fournir des informations adaptées aux femmes allaitantes et en particulier en cours d'hospitalisation. Ainsi des consultations en lactation pourraient voir le jour dans ces services. Cependant, il faut respecter les contre-indications de l'AM sans culpabiliser les mères qui optent pour un lait artificiel.

Pour conclure, paraphrasons le **Professeur Royer** « *le lait maternel allie 3 qualités idéalement recherchées ailleurs : le prix de revient le plus bas, la qualité la plus élevée et la présentation la plus attirante* ».

## REFERENCES

1. OMS. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève 2003. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242562211.pdf>.
2. Sguassero Y. Durée optimale de l'allaitement maternel exclusif : Commentaire de la BSG (dernière révision : 28 mars 2008). Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS ; Genève : Organisation mondiale de la Santé.
3. OMS. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement. Genève, 1999. WHO/CHD/98.9.
4. OMS, UNICEF, USAID. Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant OMS 2008. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242596663\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242596663_fre.pdf).
5. Initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB) : Mise à jour des documents, 2009.
6. SiteCoFAM@gmail.

## La préparation de l'opéré en chirurgie cardiaque (Deuxième partie)

*Dominique PAON, Infirmière de bloc opératoire diplômée d'état.*

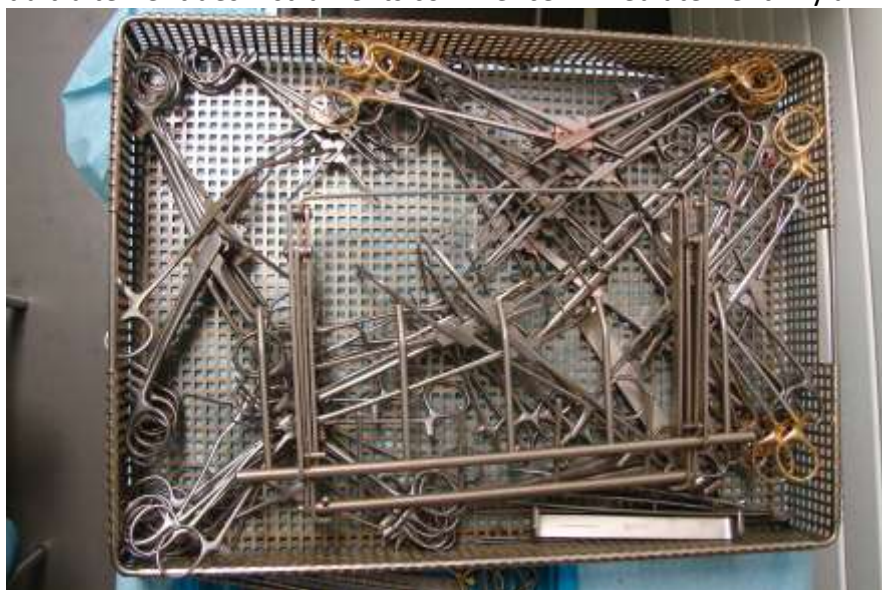
*Bloc opératoire de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, CHU d'Angers - 4, rue Larrey 49933 Angers Cedex*

### 1. LE TRAITEMENT DES INSTRUMENTS

Le traitement des instruments de chirurgie comprend plusieurs étapes très importantes. Le but de celles-ci est de détruire les micro-organismes pour assurer la protection du patient, du personnel et de l'environnement. Ceci concerne tout le matériel stérilisé en salle d'opération.

Tout d'abord, en fin d'intervention, les instruments sont aussitôt déposés dans des paniers. Les pinces sont ouvertes largement ou démontées pour que chaque étape ait une efficacité maximale. Les instruments les plus fragiles sont différenciés (plateaux...) pour éviter leur détérioration parmi des instruments plus lourds au cours de leur traitement.

L'instrumentiste évacue les différents paniers vers une zone sale. La première étape du traitement des instruments commence immédiatement. Il y a 7 étapes différentes



#### 1.1. La pré désinfection

- L'instrumentiste immerge totalement les paniers dans le bac spécifique,
- Le produit utilisé est un détergent-désinfectant dilué dans de l'eau,
- 15-20 minutes de contact,
- Respecter le temps de trempage et la dilution du produit, car détériore les instruments,
- Première étape très importante, elle permet déjà d'abaisser considérablement le taux de germes présents = protection du personnel manipulant le matériel,



- La taille du bac receveur est adaptée à la taille des paniers,
- La solution de trempage est renouvelée tous les jours, ou changée entre 2 interventions si trop souillée (dans ce cas l'efficacité du produit est diminuée voire nulle).



### 1.2. Le rinçage

- Juste après le temps de la pré-désinfection écoulé
- Il doit être abondant afin d'éliminer le maximum de salissures et les résidus du produit détergent-désinfectant,
- Avoir des gants, un tablier et des lunettes de protection

### 1.3. L'acheminement

- Dès que possible vers l'unité de stérilisation si elle n'est pas à proximité
- Dans des containers spécifiques, de taille adaptée, avec couvercle ou armoire fermée.

### 1.4. Le lavage

- À l'unité de stérilisation,
- La zone de lavage est isolée de la zone de conditionnement,
- Avoir des gants de protection, changer de tenue tous les jours,
- Mécanique (non manuel) dans un laveur-désinfecteur,

\*pour le lavage, la machine procède à plusieurs phases : rinçage, nettoyage à 55°C, séchage,  
 \*pour la désinfection, 2 types : chimique (grâce au produit utilisé) et thermique à 93°C.

A la sortie des instruments du laveur-désinfecteur, ceux-ci sont propres avec un taux de germes très abaissé.

### 1.5. Le conditionnement

- Dans la zone propre
- Les infirmiers de bloc opératoire reconditionnent leur matériel,
- Les instruments sont vérifiés : propreté, fonctionnement... (donc, renvoyés au lavage ou changés et envoyés à réparer si nécessaire),
- Chaque conditionnement (paniers, containers, plateaux...) est adapté à l'instrument qu'ils contiennent, hermétique, perméable à l'agent stérilisant, maintien l'état de stérilité jusqu'à l'utilisation.

A l'intérieur du conditionnement doit figurer différents renseignements : l'identification du matériel et de la personne qui a reconditionné, le numéro de lot du cycle d'autoclave, la date de stérilisation et celle de la péremption.

C'est la **traçabilité**.



### 1.6. La stérilisation

Les instruments utilisés sont en acier inoxydable, autoclavable. L'autoclave réalise une stérilisation à chaleur humide avec un plateau à 134°C pendant 18 minutes.

### 1.7. L'acheminement

Dernière étape. Les instruments sont acheminés jusqu'au bloc opératoire dans des armoires fermées. Puis, ils sont stockés dans des zones réservées (aseptiques, ventilées, proche de la salle d'opération). A la réception, comme à l'utilisation, l'intégrité du contenant ainsi que la traçabilité sont vérifiées par l'infirmier de bloc opératoire.





## 2. LE NETTOYAGE DE LA SALLE D'OPERATION

Le nettoyage de la salle d'opération est aussi codifié. C'est une action fondamentale dans la lutte contre les infections nosocomiales. Il comprend :

- ❖ Le nettoyage proprement dit (élimination des salissures) et
- ❖ La désinfection mécanique et chimique (pour abaisser le taux de germes).

Le nettoyage et la désinfection sont simultanés par l'utilisation d'un produit détergent-désinfectant. Il s'agit du bionettoyage des sols et des surfaces.

Pour le nettoyage des locaux :

- Il est nécessaire de porter la tenue obligatoire de bloc opératoire (avec masque) et des gants à usage unique (pour se protéger des salissures, des micro-organismes et pour ne pas provoquer des lésions cutanées dues aux produits utilisés),
- Ne pas mélanger les produits,
- Respecter les dilutions,
- Changer les chiffonnettes autant que possible,
- Ne jamais replonger une chiffonnette déjà utilisée dans la solution, en changer,
- Toujours aller du plus propre au plus sale, et du haut vers le bas,
- Sortir de la salle tout ce qui peut l'être (chariot...),
- Les portes sont fermées.

En début de programme opératoire, il faut procéder à un bionettoyage des surfaces horizontales pour éliminer les particules qui se sont déposées lors de la mise au repos de la salle. Les surfaces sont la table d'opération et ses appuis, l'éclairage opératoire, le chariot d'anesthésie, les tables d'instrumentation, le bistouri électrique et le sol.



Le produit utilisé est un détergent- désinfectant dilué dans de l'eau, préparé le matin, jeté le soir. Après séchage, la salle peut être préparée pour la première intervention.

En fin de programme opératoire, il faut procéder à un bionettoyage de toutes les surfaces de la salle d'opération et des accessoires pour limiter au maximum les risques de contamination liés à l'environnement (du patient, des équipes).

Le nettoyage débute quand le patient est sorti de salle, par la sortie des chariots et l'élimination du linge souillé, des déchets dans des sacs fermés hermétiquement et des instruments. La solution de nettoyage est la même que celle utilisée ci-dessus.

**TECHNIQUE** : le matériel est mis au centre de la salle d'opération,

- ✓ Bionettoyage des murs du haut vers le bas avec un balai spécifique et une lavette,
- ✓ Bionettoyage du sol autour de la zone centrale (d'abord un balayage humide, puis lavage),
- ✓ Chaque dispositif médical est nettoyé un par un (du haut vers le bas) et mis dans la zone périphérique,
- ✓ Pour les dispositifs fixes, changer de lavette et nettoyer du haut vers le bas,
- ✓ Finir par le bionettoyage du sol central (balayage humide, puis lavage),
- ✓ Ne pas oublier les pièces annexes (sas pour lavage des mains, arsenal stérile) en réalisant aussi un bionettoyage dans les mêmes règles,
- ✓ Laisser la salle sécher et reposer avant de réinstaller les chariots sortis à l'extérieur,
- ✓ Réaménager la salle pour une intervention prochaine, fermer les portes,
- ✓ Des tests bactériologiques des surfaces sont régulièrement réalisés pour mesurer l'efficacité du bionettoyage et réactualiser si nécessaire,
- ✓ Des prélèvements d'air sont aussi réalisés pour comptage des particules afin de vérifier le fonctionnement des ventilations.

### 3. UNE JOURNEE OPERATOIRE



La journée opératoire : débute par l'arrivée et le changement de tenue vestimentaire, revêtir la tenue complète de bloc opératoire,

\* ***l'aide soignant*** pratique un bionettoyage de début de programme

\* ***l'infirmier de bloc opératoire*** pratique l'ouverture de salle avec la vérification du bon fonctionnement des dispositifs médicaux : éclairage opératoire, négatoscope, table d'opération, bistouri électrique, défibrillateur, système d'aspiration, suppression de la salle, température.

\* ***l'infirmier anesthésiste et le perfusionniste*** pratiquent chacun leur check-list qui est aussi tracée.



59

Toutes ces vérifications sont recueillies et répertoriées par informatique avec la date, l'heure, le nom de la personne et les anomalies décelées.

Chacun prépare son matériel.

Arrivée du patient : accueil par toute l'équipe, se présenter, rassurer,



Vérification de l'identité (nom, prénom, date de naissance), des allergies potentielles, si « à jeun », du dossier (ces informations sont notées sur la check-list), du port éventuel de prothèses (orthopédiques, dentaires), de douleurs thoraciques,

Recouvrir le patient d'un drap, mettre un chapeau et des sur-chaussures,

L'aider à s'allonger sur le chariot de transfert ou table d'opération,

Installer confortablement.

En salle d'opération, les trois secteurs se préparent simultanément :



**\*l'équipe d'anesthésie** pose plusieurs voies veineuses, une voie artérielle radiale, puis induction avec mise en place d'une sonde orotrachéale et enfin pose de la sonde pour connaître les pressions droites cardiaques (Swann-Ganz)



**\*la perfusionniste** prépare la pompe en vue de la CEC (montage, débullage...)



**\*l'équipe d'infirmier de bloc opératoire** : toujours au nombre de deux (une instrumentiste, une circulante),

Habillage stérile de l'instrumentiste puis préparation de la table d'instrumentation avec la circulante,

La circulante pratique la détersion cutanée et vérifie la préparation cutanée (dépilation, antisepsie, lésions...), puis fait le sondage urinaire.



Quand chacun est prêt, c'est l'installation définitive en présence du chirurgien. L'intervention peut commencer par les antisepsies de la peau, séchage, drapage, installation des différentes lignes : cell-saver, aspiration, bistouri électrique, lignes de CEC (artère-veine, gauche-droite, cardioplégie), maintenues aux champs par des bandes collantes. Incision.

Pendant l'intervention, il est nécessaire de compter les compresses et les champs opératoires et d'en faire la traçabilité.



Après l'intervention, le patient est emmené dans le service de réanimation.

Les chariots, le linge sale et les sacs poubelles sont évacués à l'extérieur. Le ménage peut commencer.

L'infirmier de bloc opératoire et l'infirmier anesthésiste nettoient leurs chariots et les remplissent en vue d'une intervention. La perfusionniste nettoie sa pompe et procède aussi à son plein.



Quand la salle est propre et sèche, elle peut être reconditionnée. Les chariots sont rentrés. Le matériel spécifique à la chirurgie cardiaque est préparé. Les portes de la salle sont fermées. La salle est au repos.



## CONCLUSION

L'acquisition et la maîtrise des connaissances théoriques et pratiques concernant l'hygiène et l'asepsie au bloc opératoire permettront à chacun de donner des soins de qualité en adéquation avec l'ensemble des équipes (médicales, chirurgicales, paramédicales).

Au préalable, il est important de ne pas faire entrer des micro-organismes dans le bloc opératoire par l'intermédiaire de l'opéré et des personnels. Ensuite, il ne faut pas contaminer les zones aseptiques et stériles. Enfin, quand l'environnement est souillé, il est primordial de les éliminer.

Toutes ces mesures, si elles sont bien respectées, permettront d'atteindre un taux de pourcentage d'infection nosocomiale proche de 0%. C'est un travail de chaque jour, nécessitant une remise en question permanente de la part de toutes les personnes qui gravitent autour de l'opéré.



**Remerciements :**

64

à Aurélie Lecharpentier, secrétaire médicale dans le service de Neuro-radiologie du CHU de Tours  
pour la re-lecture du manuscrit.