



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ACTUALITÉS EN RECHERCHE

Faire vivre ou laisser mourir à la limite de la viabilité fœtale, une perspective pour penser les inégalités sociales de santé



To make live or let die at the limit of fetal viability, a perspective to think on social inequalities in health

E. Azria^{a,*,b,c}

^a *Maternité Notre-Dame-de-Bon-Secours, groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, 185, rue Raymond-Losserand, 75674 Paris cedex 14, France*

^b *Inserm UMR 1153, équipe de recherche en épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique (EPOPé), centre de recherche épidémiologie et statistique, Sorbonne Paris Cité, 1, place du Parvis-Notre-Dame, 75004 Paris, France*

^c *Maternité Louis-Mourier, DHU risques et grossesse, université Paris Descartes, 178, rue des Renouillers, 92700 Colombes, France*

Reçu le 10 septembre 2015 ; accepté le 11 octobre 2015

Disponible sur Internet le 4 novembre 2015

MOTS CLÉS

Extrême
prématurité ;
Limite de viabilité ;
Réanimation
néonatale ;
Inégalités sociales ;
Biais implicite

Résumé Décider de réanimer un nouveau-né aux limites de la viabilité suppose d'intégrer au processus décisionnel un certain nombre d'éléments cliniques comme l'âge gestationnel à la naissance, le poids, l'existence d'un contexte infectieux ou encore la réalisation ou non d'une maturation pulmonaire fœtale, ces éléments ayant valeur de facteurs pronostiques. D'autres facteurs sont pourtant eux aussi associés à un risque accru, tant à la période néonatale qu'à plus long terme. Parmi ceux-ci, l'existence d'un contexte social parental défavorable associée à un risque d'issue défavorable plus important. Nous proposons, dans cet article, une réflexion sur l'intervention de ce contexte social dans les décisions de réanimation à la naissance, notamment de son intervention implicite, pour ensuite envisager les conséquences en matière de pertinence des décisions et d'inégalités sociales de santé.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Correspondance.

Adresse e-mail : eazria@hpsj.fr

KEYWORDS

Extreme prematurity;
Limit of viability;
Neonatal
resuscitation;
Social inequalities;
Implicit bias

Summary Deciding to resuscitate a newborn at the limits of viability assumes to integrate in the decision making process clinical factors such as gestational age at birth, neonatal weight, the existence of an infectious context or the non-realization of fetal lung maturation; all these elements having value as prognostic factors. Other factors are however also associated with increased risk for both neonatal and long-term outcomes. A socially deprived parental context is one of them as it is associated with an increased risk of unfavorable outcome. We propose, in this paper, a reflection on the implicit intervention of the social context in neonatal resuscitation decision making process and its consequences in terms of decision's relevancy and social inequalities in health.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

S'il n'y a pas de décision mineure dans le champ de l'action médicale, il est à l'évidence des décisions plus difficiles que d'autres. Plus difficiles en raison de la complexité des termes dans lesquelles elles sont formulées, en raison de l'absence de bases solides pour en soutenir la pertinence, ou enfin plus difficiles par l'ampleur de leurs conséquences et la dimension de leurs enjeux. Lorsque l'acte de décider peut conduire à laisser une vie s'éteindre dès son commencement ou inversement permettre de faire survivre un enfant au risque de séquelles lourdes, cet acte se doit d'être questionné dans toutes ses dimensions, notamment sa dimension éthique.

La naissance d'un enfant extrêmement prématuré, c'est-à-dire d'un âge gestationnel compris entre 22 et 27 semaines d'aménorrhée, est un évènement heureusement relativement rare. En France, il concernait en 2010 environ 0,7 % des naissances [1]. Bien que rares, ces naissances très précoces sont responsables, d'une part, importante de la mortalité néonatale, de la morbidité néonatale et d'anomalies du développement moteur et neurocognitif à long terme. Outre les aspects « techniques » de la prise en charge médicale des mères menacées d'accoucher très prématurément et de leur(s) enfant(s), la situation d'exposition au risque de grande prématurité spontanée interroge les modalités de prise de décisions. La question centrale autour de laquelle tourne la problématique de la décision qui occupe les futurs parents et équipes médicales se résume par la question « faire vivre ou laisser mourir? », question qui suppose en pratique de décider des conditions de prise en charge ante, per partum autant que les modalités de prise en charge du nouveau-né, le tout avec cohérence. En d'autres termes, faut-il au moment même où commence la vie extra-utérine, initier des soins actifs destinés à faire survivre un nouveau-né extrême prématuré ou à l'inverse considérer ces soins actifs comme déraisonnables et prodiguer des soins de confort visant à éviter qu'il ne souffre au cours de l'évolution naturelle qui le conduira au décès? Les modalités décisionnelles qui entourent cette question, les critères sur lesquels s'appuient ces choix, la façon dont l'information est délivrée aux parents et la place qu'ils occupent dans le processus de décision sont autant

d'éléments qui suscitent de profondes réflexions au sein de la communauté obstétricopédiatrique [2–5]. En France, la loi, dite loi Leonetti adoptée le 22 avril 2005, loi qui n'est pas spécifique à la périnatalité, fournit un cadre législatif pour les modalités décisionnelles dans ce contexte, mais il n'existe pas en France de texte de recommandation professionnelle pour encadrer la prise en charge des enfants qui naîtraient aux limites de la viabilité, le texte datant de 2000 n'ayant délibérément pas été renouvelé [6]. Des recommandations existent en revanche dans d'autres pays [7].

Les critères pronostics associés aux risques de complication néonatale et d'évolution défavorable à long terme, que ce soit sur le plan moteur ou neurocognitif figurent parmi les déterminants forts de ces décisions. Grace au suivi à long terme de grandes cohortes de prématurés, un certain nombre de facteurs associés à un risque accru sont aujourd'hui bien identifiés et apparaissent comme consensuels. Tout comme le poids de naissance, plus l'âge gestationnel à la naissance est bas, plus la mortalité est élevée et les chances de survie sans séquelle faibles. La non-réalisation anténatale d'une cure de corticoïde qui favorise la maturation pulmonaire fœtale est également un facteur de mauvais pronostic, comme l'est l'existence d'un contexte infectieux ou la naissance dans une maternité sans réanimation néonatale sur site.

Aux facteurs de mauvais pronostic cités, s'ajoute d'autres facteurs, le sexe masculin de l'enfant, l'existence d'un contexte socioéconomique défavorisé ou d'un niveau d'éducation maternelle bas. C'est de la façon dont ce contexte socioéconomique pèse dans la décision d'entreprendre ou non des soins de réanimation dont il sera ici question. Si personne ne recommande aujourd'hui d'intégrer les conditions sociales pour arrêter des décisions de prise en charge néonatale, il n'est pas improbable que celles-ci interviennent dans une certaine mesure dans les modalités décisionnelles et les décisions qui en découlent. Après avoir montré à partir de données épidémiologiques en quoi les inégalités sociales au niveau parental génèrent des inégalités sociales de santé pour ces enfants, je proposerai d'étayer l'hypothèse selon laquelle un biais implicite est susceptible de peser sur les décisions prises à ces âges

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1097674>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1097674>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)