

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'État de Sage-femme

**Le don de sang placentaire:
Comment optimiser le nombre de dons à travers l'exemple
d'une maternité habilitée.**



*Don de sang placentaire
Une autre manière de donner la vie*

Aurélie PARTHENAY

née le 21 mai 1991

Directeur de mémoire : Lidwine Berthereaux, Sage-femme

Promotion 2010-2014

Remerciements

Je tiens à remercier :

L. Berthereaux, ma directrice de mémoire, ainsi que C. Ferrand pour leur accompagnement et leur aide tout au long de ce projet.

Mme Saura, Dr Branger, Dr Teffaud et Mme Le Berre et d'avoir pris le temps de me recevoir et de me prodiguer de précieuses informations.

Toutes les patientes ayant pris le temps de participer à ce mémoire.

Claire, pour tous ces instants inoubliables partagés lors de nos études.

Mes parents, mon frère, Rudy et Pierre pour m'avoir soutenue et supportée autant que nécessaire dans les bons comme dans les mauvais moments.

Liste des abréviations

ABM : Agence de la Biomédecine

ANSM: Agence Nationale de Sécurité du Médicament

CS/CSH: Cellule Souche / Cellule Souche Hématopoïétique

CCNE : Comité Consultatif National D’Ethique

CSP : Code de Santé Publique

DSP : Don de Sang Placentaire

EFS : Etablissement Français du Sang

PCA : Polyclinique de l’Atlantique

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RFSP : Réseau Français du Sang Placentaire

USP : Unité de Sang Placentaire

Sommaire

INTRODUCTION	1
---------------------------	----------

PREMIERE PARTIE : GÉNÉRALITÉS	2
--	----------

1. Le don de sang placentaire	2
1.1 Le sang placentaire	2
1.1.1 Utilisation des CSH du sang placentaire	2
1.1.2 Avantages et inconvénients des CSH du sang placentaire	3
1.2 Historique et contexte international	4
1.3 Les banques de sang placentaire	6
1.4 Le cadre législatif	7
1.5 Le cadre éthique	9
2. Mise en place et déroulement à la PCA	10
2.1 Mise en place.....	10
2.2 Information et parcours de la femme enceinte	12
2.2.1 L'information	12
2.2.2 Le parcours de la femme enceinte.....	13
2.3 Du prélèvement à l'EFS de Rennes	14
2.4 À l'EFS de Rennes.....	15
2.5 Synthèse de l'activité de prélèvement de sang placentaire à la Polyclinique de l'Atlantique.....	17

DEUXIÈME PARTIE : L'ÉTUDE	20
--	-----------

1. Objectifs et hypothèses	20
2. Matériel et méthodes	21
2.1 Méthode	21
2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion	22
2.3 Méthode statistique	22
3. Résultats	22
3.1 Comparaison des populations selon l'intention de don	22
3.2 Description et facteurs liés à l'information du DSP	28
3.2.1 Moyens d'information	28
3.2.2 Satisfaction des patientes vis à vis de l'information	29
3.2.3 Moment de l'information	30
3.2.4 Délai de réflexion	33
3.2.5 Souhait pour une prochaine grossesse et diffusion de l'information	36
3.3 Description des motifs d'acceptation ou refus du DSP	37
3.3.1 Patientes ayant réalisé un DSP.....	37
3.3.2 Patientes n'ayant pas réalisé le DSP par impossibilité	37
3.3.3 Patientes ayant refusé le DSP	38
3.4 Analyse des motifs et conséquences de l'acceptation ou refus du DSP	39
3.4.1 Patientes ayant effectué le DSP	39
3.4.2 Eventualité d'un prochain don.....	40
3.4.3 Diffusion de l'information.....	43
3.4.4 Commentaires.....	44

TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION 45

1. Analyse des résultats 45

1.1 Des patientes motivées mais un volontariat soumis à conditions.....	45
1.1.1 Une motivation considérable des patientes	45
Motifs et commentaires des patientes ayant réalisé le DSP ou qui en avaient l'intention	45
Choix dans l'hypothèse d'une prochaine grossesse et diffusion de l'information.....	46
1.1.2 Une motivation ne pouvant s'exprimer que sous réserve d'une information jugée convenable	47
Relativité du refus au DSP	47
1.1.3 Une attente trop grande des patientes envers les professionnels de santé ?.....	48
Information relative à l'entretien préalable au don	48
Patientes ayant refusé le don par manque d'information	49
Satisfaction relative à l'information	49
1.1.4 De nombreux efforts réalisés pour une information dans de bonnes conditions	50
1.2 Une information trop tardive.....	51
1.2.1 Constat : une information souvent tardive car inhérente à la PCA.....	51
L'information et la préparation à la naissance et à la parentalité.....	51
Influence sur le choix du lieu d'accouchement.....	52
Peu d'information par les professionnels extérieurs à la Polyclinique.....	53
1.2.2 Une information précoce est-elle réellement bénéfique ?.....	54
1.2.3 Les conséquences d'une information tardive	55
Patientes informées lors des cours de préparation à la naissance.....	55
Question de l'abord du sujet par la patiente	56
Une information plus que tardive en salle de naissance	56
Patientes informées lors de consultations	57
Utilisation du temps de réflexion.....	57
Conclusion.....	58
1.3 Influence de divers facteurs sur le choix des patientes	59
1.3.1 Mise en jeu de facteurs intrinsèques.....	59
1.3.2 Contrainte du parcours pré-don	60
1.3.3 Pratique en salle de naissance.....	61

2. Limites de l'étude 61

3. Propositions 62

3.1 Spécifiques à la Polyclinique de l'Atlantique :.....	62
3.2 Pouvant être généralisées à l'ensemble des maternités habilitées :	63

QUATRIÈME PARTIE : LE RÔLE DE LA SAGE-FEMME 64

CONCLUSION 66

BIBLIOGRAPHIE 68

ANNEXES 73

Introduction

Chaque jour en France, un patient reçoit une greffe de sang de cordon dans l'espoir d'une future guérison. Ce sang de cordon, ou sang placentaire, est recueilli dès la naissance par la sage-femme ou le médecin ayant réalisé l'accouchement, grâce au don des parturientes, en vue de récolter un maximum de cellules souches hématopoïétiques. Le terme de « cellules souches » regroupe un ensemble de cellules indifférenciées capables d'auto renouvellement et de différenciation. Elles sont classées par familles en fonction des lignées cellulaires qu'elles peuvent induire. Le sang placentaire contient des cellules souches hématopoïétiques à l'origine de l'hématopoïèse, elles présentent un intérêt thérapeutique majeur.

La greffe de CSH issues du sang placentaire s'est développée à la fin des années 1980 et est en constante évolution. De nombreux centres de recherche ont vu le jour de part le monde. Au fil des années, le retard français s'est accumulé et la France n'est plus en tête dans le domaine. Le pays se voit contraint d'importer la majorité des greffons de l'étranger, entraînant des dépenses considérables. Cependant, la création d'une banque de sang placentaire ou l'habilitation d'une maternité à le prélever a également un coût non négligeable. À ce jour, avec 12 banques et 82 maternités collectrices, la France peut espérer atteindre une autosuffisance nationale en unités de sang placentaire, à condition que les maternités récoltent un nombre suffisant de dons.

Dans les Pays de la Loire, seule la maternité de la Polyclinique de l'Atlantique est habilitée au don de sang de cordon depuis 2011. Notre étude est donc réalisée dans cet établissement. Nous décrivons dans un premier temps le DSP et son contexte sous divers aspects afin de comprendre tout l'enjeu qu'il représente. Nous expliquerons ensuite la mise en place et l'organisation relative au DSP au sein de la Polyclinique. Enfin nous tenterons de comprendre les motivations et facteurs influençant le choix des patientes quant au don.

L'objectif de l'étude est :

- de décrire et d'analyser, sur une population de femmes accouchées, les motifs d'acceptation ou de refus du don de sang placentaire et leurs conséquences
- d'analyser l'information donnée aux femmes et son influence sur leur décision

Les résultats obtenus seront discutés à partir des hypothèses émises au début de l'étude. Ils nous permettront de dégager des axes d'amélioration de pratique afin de faciliter l'accès au don et permettre un accroissement de la quantité de prélèvements de sang placentaire réalisés au sein de la Polyclinique. Enfin nous nous intéresserons plus particulièrement à la place de la sage-femme dans cette démarche de don.

PREMIERE PARTIE : Généralités

1. Le don de sang placentaire

Encore peu connu, le don de sang placentaire se développe en France depuis une vingtaine d'années. Le sang placentaire comporte de nombreuses propriétés spécifiques permettant des progrès thérapeutiques notables dans de nombreuses pathologies. Il est alors compréhensible que ces découvertes provoquent rivalité et convoitises dans le domaine médical international. Nous traiterons donc du DSP dans son contexte international. Ainsi il ne s'agit pas seulement d'un acte médical, d'autres aspects méritent toute notre attention, tel qu'un abord historique, éthique et législatif.

1.1 Le sang placentaire

1.1.1 Utilisation des CSH du sang placentaire

Les CSH, quelque soit leur lieu de recueil, ont montré leur intérêt thérapeutique dans de nombreuses maladies. Les objectifs de la greffe de CSH sont de renouveler les cellules sanguines, repeupler la moelle osseuse et permettre l'éradication de la maladie maligne.

Il existe différents types de greffe :

- la greffe autologue : le prélèvement est effectué sur le patient lui même
- la greffe allogénique familiale : le prélèvement est effectué sur une personne différente de celle malade, en provenance d'un membre de la fratrie
- la greffe allogénique : le prélèvement est effectué sur un donneur non apparenté, les CSH proviennent d'un adulte volontaire ou de sang placentaire

Les indications de la greffe sont diverses et peuvent être classées en deux groupes distincts :

- Les hémopathies malignes :
 - Leucémies aiguës
 - Leucémies chroniques (Leucémie lymphoïde ou myéloïde chronique, syndromes myélodysplasiques)
 - Lymphomes (non hodgkinien et maladie de Hodgkin)
 - Myélome multiple

- Les hémopathies non malignes :
 - Aplasies médullaires
 - Hémoglobinopathies (thalassémies, drépanocytose)
 - Défauts congénitaux du système immunitaire (rares cas)
 - Maladies métaboliques (rares cas)

La greffe de CSH est ainsi indiquée dans plus de 85 pathologies différentes qui touchent environ 126 000 patients chaque année rien qu'en France.

1.1.2 Avantages et inconvénients des CSH du sang placentaire

Trois sources de CSH existent : la moelle osseuse, le sang périphérique d'un donneur volontaire (après stimulation) et le sang placentaire. De nombreux facteurs diffèrent entre une greffe de CSH issues d'un donneur adulte et celle de CSH issues du sang placentaire. Le tableau suivant résume ces différences.

Tableau I : Comparaison des avantages et inconvénients des différentes sources de CSH

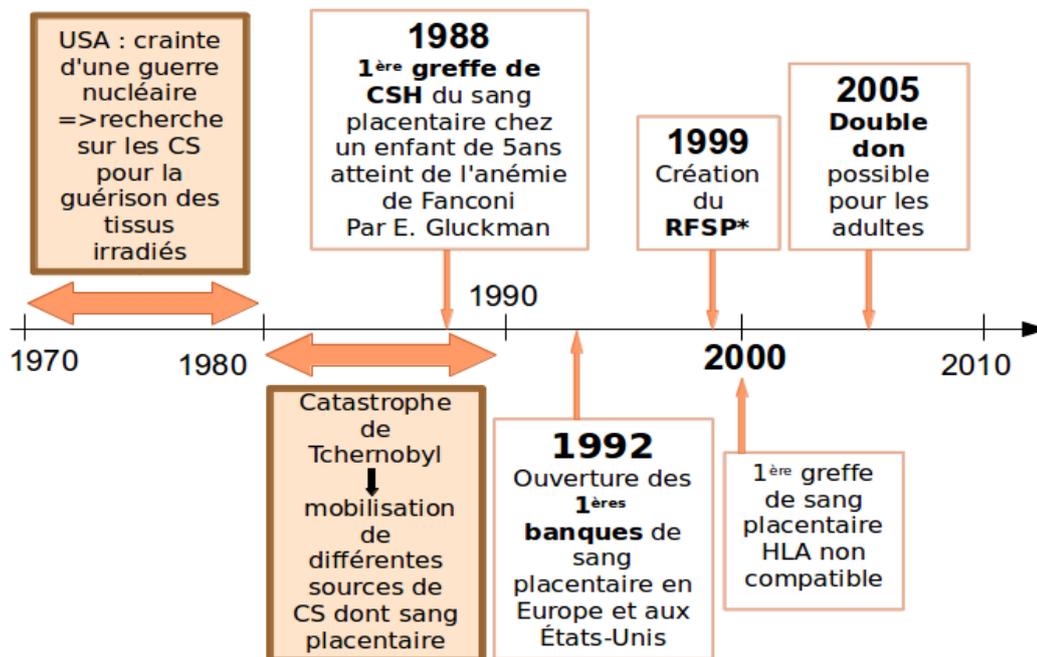
	Sang placentaire	Moelle osseuse/sang périphérique
Prélèvement	Non douloureux Sans risque pour la mère et l'enfant	Geste délicat Sous anesthésie (pour la ponction de moelle)
Nature des cellules et compatibilité	Cellules non matures et lymphocytes T dits « naïfs » => moindre reconnaissance antigénique => moins de rejets de greffe => nécessite une compatibilité HLA moindre	Cellules matures => compatibilité HLA stricte => plus de risques de rejets
Types HLA	Diversité, types HLA de minorités ethniques	Type HLA des donneurs moins diversifiés
Disponibilité	Congélation => disponibilité immédiate en quelques jours	Organisation et prélèvement => mise à disposition des CSH en 3 à 4 semaines
Quantité CSH	CSH en faible quantité	Grande richesse en CSH
Taux de survie	identique	

La faible quantité de CSH dans le sang placentaire exige la nécessité d'un double don chez l'adulte. Cela consiste à combiner deux greffons de sang placentaire avant la greffe de ceux-ci. Cette plus faible richesse à néanmoins des répercussions sur la greffe. En effet, la prise de greffe peut en être retardée, avec une période d'aplasie alors prolongée majorant le risque infectieux.

Ainsi lorsqu'un individu nécessite une greffe de CSH, la greffe de moelle osseuse sera dans un premier temps privilégiée, à condition qu'un donneur soit compatible. Dans le cas contraire et dans un second temps, la recherche d'un greffon de sang placentaire sera alors envisagée. Les greffes d'unités de sang placentaire (USP) représentent environ 20 % de l'ensemble des greffes de cellules souches (cf annexe 1).

1.2 Historique et contexte international

Depuis les années 1990, le nombre prélèvements de sang placentaire ne cesse de croître et les recherches laissent entrevoir des avancées prometteuses. La frise suivante résume les principaux évènements ayant marqué l'histoire du DSP.



*RFSP : Réseau Français du Sang Placentaire

Les recherches sur les cellules souches évoluent dans un contexte de concurrence scientifique internationale. Si autrefois la France était une pionnière dans le domaine, il semble qu'aujourd'hui ce ne soit plus le cas. En effet, l'Asie et les États-Unis ont développé de multiples centres de recherche (cf annexe 2).

L'année 2007 a connu un essor considérable en termes d'investissement dans la recherche sur les cellules souches. Suite à la découverte du Dr Yamanaka (reprogrammation et régression de cellules souches), de nombreux pays ont mobilisé des fonds importants. Dans les faits, l'université de Kyoto (Japon) a mis à disposition 65 millions d'euros dans la création d'un centre de recherche, les États-Unis ont investi 200 millions de dollars (soit environ 148 millions d'euros) et l'Allemagne a doublé son budget passant de 5 à 10 millions d'euros d'investissement par an. En comparaison, la France n'a pas mis en place de tels programmes et a dépensé, de 2005 à 2007, 7,5 millions d'euros dans divers projets. Cela met en exergue un écart s'étant progressivement creusé entre la France et les autres pays à la pointe de la recherche.

À ce jour, la Bone marrow donors worldwide (registre des greffons au niveau mondial) recense 589 000 USP. En 2005, la France se situait au 16^{ème} rang mondial d'USP disponibles par habitant⁽¹⁾ derrière des pays variés tels que la Corée du Sud (en première position), la république Tchèque, l'Israël ou encore l'Australie. Toutefois, la France est reconnue pour la grande qualité de ses USP du fait de critères de conformités plus stricts. Par conséquent, les greffons français ont tendance à être choisis préférentiellement et la France se situe au 3^{ème} rang mondial en d'exportation de greffon⁽¹⁾ et au 2^{ème} rang mondial en terme de ratio USP cédées/ USP stockées⁽¹⁾.

Néanmoins, en raison de son faible taux d'USP stockées, la France se voit contrainte d'importer environ 60 à 70% des greffons de l'étranger⁽²⁾ (cf annexe 3). Or le coût moyen de l'importation d'un greffon (de 15000 à 25000 €) est supérieur au coût de stockage et de cession d'un greffon français (respectivement 2000 et 8000€). Cette nécessité d'importation a engendré 4 millions d'euros de dépense à l'assurance maladie en 2009⁽²⁾. Un consensus établi parmi les spécialistes détermine à 50 000 le nombre d'USP à atteindre afin de se rapprocher de l'autosuffisance nationale. L'Agence de biomédecine s'était alors fixé l'objectif de 30 000 USP d'ici fin 2013. La mise en place de cette politique a accru considérablement le nombre d'USP recueillies chaque année (cf annexe 4). Fin juillet 2013 le nombre d'USP disponible en France se chiffrait à 27 700.

(1) BMWD, Netcord 2005

(2) Dossier de presse EFS 23.11.10 « L'établissement français du sang inaugure sa 5ème banque de sang placentaire »

Avec 822 000 naissances en 2012, la France a le potentiel de se développer et de rattraper le retard pris par rapport aux autres pays. Toutefois une continuité d'investissement de la part de l'État est nécessaire afin d'exploiter pleinement ce potentiel. La sénatrice M-T Hermange résume cela dans une phrase : « *le progrès est porteur d'un espoir que les pouvoirs publics doivent accompagner.* »

1.3 Les banques de sang placentaire

En France les banques de sang placentaire ont un statut public et relèvent soit de l'EFS soit d'un établissement hospitalier. Elles constituent le Réseau Français du Sang Placentaire (RFSP) qui coordonne et gère chaque étape du don ainsi que la formation des professionnels. Le réseau s'inscrit dans une démarche de qualité, par conséquent chaque étape est standardisée aussi bien au niveau de la maternité et du transport que de la banque.

Le RFSP est sous la responsabilité de l'Agence de la biomédecine (ABM) qui en gère le pilotage et la stratégie d'extension en vue de renforcer le maillage territorial (cf annexe 5). Les maternités du RFSP sont indemnisées pour chaque USP prélevée à hauteur de 80€ par la banque dont elles dépendent. À son tour la banque est indemnisée par l'ABM à hauteur de 2000€ pour chaque greffon enregistré. Ce financement est permis par l'enveloppe du plan cancer ayant alloué 35 millions d'euros à l'ABM en 2009 afin d'atteindre les objectifs fixés en 2013.

Actuellement, en France, ne sont autorisées que les banque publiques à visée allogénique permettant un accès égalitaire aux échantillons conservés. Cependant, d'autres types de banques existant à l'étranger tentent de s'installer en France. De statut privé, elles proposent aux futurs parents une conservation du sang placentaire de leur enfant moyennant finance (2000€ ou plus), ceci dans l'hypothèse où l'enfant serait atteint d'une pathologie nécessitant un don de CSH autologue. Il est important de préciser que la probabilité pour qu'un individu sans antécédent notable doive recourir à une greffe autologue est de l'ordre de 1/20 000 au cours des vingt premières années de vie. Les parents sont sollicités par des plaquettes publicitaires ou via internet. Néanmoins il n'existe aucun contrôle licite des conditions de prélèvement, de transport et de conservation de ces dons. La loi française interdit à ce jour les banques privées, avançant les principes du don, la gratuité et la solidarité.

Il existe un autre type de banque relevant, d'une certaine manière, d'un compromis entre les banques publiques et privées présentées précédemment. Il s'agit des banques mixtes, de statut privé, respectant le principe de solidarité. Ainsi les parents investissent en vue du prélèvement et de la conservation de sang placentaire. Si jamais le don est conforme il est inscrit sur le registre national des greffons ce qui implique la mise à disposition du greffon pour la collectivité en cas de nécessité de cession nationale ou internationale. Si le greffon est cédé les parents sont alors remboursés des frais investis. Sur ce principe, la multinationale Cryosave d'origine hollandaise a installé ses locaux à Lyon en 2008 mais n'a pu obtenir l'autorisation d'activité, refusée par l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM).

Dans l'hypothèse où les banques privées appliquent le principe de solidarité et de transparence, elles pourraient alors être vues comme « un complément utile aux banques publiques » (M-T Hermanque). En effet, le coût associé à l'ouverture d'une banque (avec le matériel spécifique à la miniaturisation et à la congélation) est aux alentours de 250 000€ sans compter le reste du matériel, les consommables et le personnel. Les banques privées mixtes, dans l'éventualité qu'elles soient autorisées, pourraient alors permettre de soulager ces dépenses souvent assumées en partie par les CHU. Notons qu'elles ne respectent cependant ni le principe de gratuité ni le principe d'anonymat du don définies par les lois de bioéthique sur la non patrimonialité du corps humain. Ainsi la France reste le seul pays à interdire l'implantation des banques privées qui représentent trois quarts des banques à travers le monde.

1.4 Le cadre législatif

Au fil des progrès et des avancées scientifiques la loi a été amenée à évoluer. C'est ainsi que le sang placentaire a changé de statut. De « résidu opératoire » il devient un « produit cellulaire à finalité thérapeutique » dès sa collecte selon l'article L1241-1 du Code de santé publique (CSP). L'article définit également les différentes conditions du don, reprenant notamment les principes de bioéthique : « *Le prélèvement de cellules hématopoïétiques du sang de cordon et du sang placentaire ainsi que de cellules du cordon et du placenta ne peut être effectué qu'à des fins scientifiques ou thérapeutiques, en vue d'un don anonyme et gratuit, et à la condition que la femme, durant sa grossesse, ait donné son consentement par écrit au prélèvement et à l'utilisation de ces cellules, après avoir reçu une information sur les finalités de cette utilisation. Ce consentement est révocable sans forme et à tout moment tant que le prélèvement n'est pas intervenu. Par dérogation, le don peut être dédié à l'enfant né ou aux frères ou sœurs de cet enfant en cas de nécessité thérapeutique avérée et dûment justifiée lors du prélèvement.* » Les principes de l'anonymat, de la gratuité et du consentement sont précisés dans les articles L1211-2 à L1211-5.

Une fois le prélèvement effectué, la qualité des échantillons est garantie par de nombreux critères fixés par les articles R1211-11 à R1211-23 du CSP. Ces articles définissent les tests obligatoires nécessaires à la conservation du sang placentaire.

Tout établissement ne peut manipuler des USP, l'article L1243-2 précise la nécessité d'une autorisation délivrée par l'ANSM après avis de l'ABM :« *Peuvent assurer la préparation, la conservation, la distribution et la cession, à des fins thérapeutiques autologues ou allogéniques, des tissus et de leurs dérivés et des préparations de thérapie cellulaire, les établissements et les organismes autorisés à cet effet, après avis de l'Agence de la biomédecine, par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé* ». Afin d'obtenir cette autorisation, l'établissement ou l'EFS doit adresser une demande, jointe à un dossier complet, au directeur de l'agence régionale d'hospitalisation. Le contenu du dossier est détaillé par l'arrêté du 14 septembre 2009. L'autorisation une fois obtenue est valable 5 ans et renouvelable.

Concernant les échanges internationaux d'USP (activité d'importation et d'exportation) , l'article L1245-5 spécifie qu'il est nécessaire que l'établissement obtienne une autorisation de l'ANSM après avis de l'ABM :« *Seuls peuvent importer ou exporter à des fins thérapeutiques des tissus, leurs dérivés, des cellules issus du corps humain, quel que soit leur niveau de préparation, et des préparations de thérapie cellulaire préparés et conservés dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, les établissements ou les organismes autorisés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en application de l'article L1243-2.* » Quant aux États non-membres de l'Union Européenne, ils sont alors soumis à une autorisation spécifique de l'ANSM après avis de l'ABM.

Une polémique s'est levée lorsque, le 5 septembre 2009, Mr D. MESLOT, député, a émis une proposition de loi relative au prélèvement et à la conservation des CS issues du sang de cordon ombilical. La proposition de loi défendait la liberté de choix des parents de conserver le sang de cordon dans une banque publique ou privée en vue d'une possible utilisation autologue. Cette proposition a soulevé de vives protestations et de nombreux débats aboutissant à un projet de loi de bioéthique adopté le 31 mai 2011. Il complète alors l'article 1241-1 du CSP en définissant les conditions de don, citées précédemment, interdisant ainsi l'installation des banques privées en France.

Si une de ces lois concernant le sang de cordon n'est pas respectée, les articles 511-8, 511-8-1 et 511-8-2 du code pénal prévoient des sanctions allant jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 75000 Euros d'amende. Cependant, le sujet des banques privées divise toujours autant et les débats sont encore d'actualité tant sur un aspect éthique que législatif.

1.5 Le cadre éthique

Le débat éthique autour du DSP concerne principalement la nature des banques recueillant les prélèvements et leur utilisation. Le prélèvement en lui-même ne pose pas véritablement de problème éthique. D'autant plus que s'il n'est pas prélevé il devient un résidu opératoire ne bénéficiant alors à personne. Le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) s'est réuni à deux reprises autour de ce sujet, en 2002 puis 2012.

Dans l'avis n°74 résultant de la concertation du 12 décembre 2002, le CCNE se prononce sur la conservation de sang placentaire à visée purement autologue. Le comité rappelle que l'intérêt de la conservation du sang placentaire à but exclusivement autologue n'est pas prouvé à l'exception de quelques très rares cas. Par conséquent les banques proposant ce genre de don pratiquent une publicité mensongère pouvant être à l'origine d'un sentiment d'angoisse et de culpabilité de la part des futurs parents si ceux-ci ne sont pas dûment informés. Cela met en exergue la nécessité d'une information claire et complète auprès des futurs parents. De plus ces banques s'opposent au principe de solidarité, proposant une démarche « d'égoïsme individuel ». Elles confèrent alors une dimension « utopiste » au don de sang placentaire, dissimulant un objectif essentiellement mercantile. C'est pourquoi, le comité recommande à l'État de ne pas investir dans les banques privées et de développer le secteur public recueillant des dons à visée allogénique.

Le CCNE s'est de nouveau réuni à ce sujet en février 2012 et a prononcé l'avis N°117 relatif à « l'utilisation des cellules souches issues du sang de cordon ombilical, du cordon lui-même et du placenta et leur conservation en biobanques ». Le CCNE déclare qu'il reste sur ses positions affirmées en 2002 concernant les banques à visée autologue de statut privé à but lucratif. Il constate également que les publicités déloyales perdurent, encourageant les femmes à adopter une « attitude illogique et non solidaire ». Le CCNE conclut qu'il est éthique :

- de promouvoir le DSP non seulement auprès des futurs parents mais également auprès des professionnels de santé, et que l'information des femmes enceintes doit se faire au plus tôt durant la grossesse.
- d'augmenter le nombre de maternités agréées ainsi que les moyens humains dans chacune d'elle afin de ne pas détourner l'attention du personnel soignant du bien-être de la mère et de son enfant.

Ainsi le succès des greffes suite à un don de sang placentaire leur confère une « bienfaisance manifeste » et la promotion de celui-ci est souhaitable pour la solidarité non seulement nationale mais également internationale.

2. Mise en place et déroulement à la PCA

2.1 Mise en place

La Polyclinique de l'Atlantique, de statut privé, comprend une maternité de niveau IIa. Elle se situe à Saint-Herblain, à proximité de la voie rapide menant à Rennes. Quatre milles sept-cent cinquante-huit accouchements y ont eu lieu au cours de l'année 2012.

Le don de sang placentaire y a été instauré en février 2012. À l'origine de cette démarche : une demande de la part des patientes et un personnel motivé. La Polyclinique a fait part de cette motivation à l'EFS de Rennes appartenant au RFSP qui prend l'initiative de proposer la mise en place du DSP aux maternités choisies. Ainsi, en 2011, alors que la Loire-Atlantique n'avait aucune maternité habilitée à prélever le sang placentaire, la Polyclinique a été retenue pour participer à ce projet. Ceci compte tenu de son emplacement géographique, d'un nombre important d'accouchements et d'un personnel prêt à s'impliquer.

Lorsqu'une maternité souhaite intégrer le RFSP et, de ce fait, être habilitée à prélever et conserver du sang placentaire, elle doit acquérir une autorisation délivrée par l'ANSM après avis de l'Agence de la biomédecine. Cette autorisation, la Polyclinique l'a obtenue en 2012, elle est valable jusqu'en 2017. Toutefois, en dehors des démarches administratives, la mise en place concrète du DSP a un coût, assumé en grande partie par l'EFS. Cela comprend le matériel mis à disposition de la maternité (c'est-à-dire les poches de recueil, les tubes de prélèvements nécessaires, les formulaires de traçabilité spécifiques à l'établissement, les documents d'information et bien d'autres) ainsi que la mise en place de navettes régulières entre Nantes et Rennes. La Polyclinique prend à sa charge le coût relatif à la charge de travail supplémentaire, et au petit matériel (compresses, antiseptiques, gants...) ainsi qu'un emploi de sage-femme à temps plein uniquement dédié aux entretiens en vue du DSP. Les dépenses liées à cet emploi sont compensées par la rémunération de l'EFS pour chaque prélèvement reçu. La Polyclinique a également du libérer une pièce afin de la consacrer au stockage des USP, se situant à proximité des salles de naissances, dans l'enceinte même du bloc obstétrical.

Il ne faut toutefois pas perdre de vue que le DSP est avant tout un geste médical, par conséquent seul un professionnel formé est autorisé à prélever. Ainsi 4 professionnels de la Polyclinique (2 médecins et 2 sages-femmes) ont reçu une formation à la fois théorique et pratique. L'enseignement théorique a eu lieu au sein de la Polyclinique, dispensé par un médecin de l'EFS et un médecin responsable du don de sang de cordon au niveau international. Puis l'enseignement pratique s'est déroulé à Rennes dans une des maternités habilitées (St Grégoire). Après 5 prélèvements jugés satisfaisants par la personne encadrante, le professionnel reçoit une fiche d'habilitation au prélèvement de sang placentaire et est conjointement qualifié à former d'autres professionnels.

La Polyclinique de l'Atlantique n'a rencontré que peu de difficultés à la mise en place du DSP. Le problème de la distance avec l'EFS de Rennes (environ 110 km) est évidemment une contrainte. Cela a nécessité la mise en place de navettes avec une augmentation du nombre de trajets quotidiens, passant de une à deux par jour en semaine et comprenant désormais le samedi matin, afin de répondre aux besoins croissants. Le DSP requiert également un surplus de traçabilité non négligeable, nécessitant un temps d'adaptation et d'acquisition de réflexes au personnel de la salle de naissance. De même, la mise en place de l'information auprès des patientes s'effectue progressivement.

Toutefois il est important de préciser que chaque maternité du RFSP a son propre fonctionnement. Ainsi, dans d'autres établissements, les entretiens ne sont réalisés qu'en salle de naissance et la responsabilité du DSP est déléguée à un ensemble de sages-femmes et non à une seule. Quant au prélèvement de sang placentaire, il est généralement accompli par la personne ayant effectué l'accouchement. Les sages-femmes ont la compétence d'effectuer un prélèvement de sang placentaire à condition qu'elles aient été préalablement formées.

2.2 Information et parcours de la femme enceinte

2.2.1 L'information

Le DSP est un acte encore peu connu à ce jour. Un nombre limité de maternités le permettent, par conséquent il est nécessaire d'informer une population ciblée. L'information n'est généralement présente qu'au sein des maternités habilitées à prélever, ce qui limite simultanément sa diffusion. En Loire-Atlantique, en dehors de la Polyclinique, l'information peut être délivrée par les professionnels de santé (Médecin traitant, gynécologue, sage-femme libérale...) exerçant à proximité de la maternité. Chacun de ces professionnels a reçu un document d'information sur le DSP lors de la mise en place de celui-ci à la Polyclinique de l'Atlantique. La presse et internet contribuent également à la diffusion de l'information, de nombreux sites de renseignements abordent le sujet, celui-ci est également récurrent dans les forums autour de la grossesse et la maternité. Toutefois la majorité de l'information est réalisée au sein même de la Polyclinique. Tout d'abord une fiche d'information (cf annexe 6) se trouve à l'intérieur du livret d'accueil remis à chaque patiente lors de son inscription à la maternité. Des plaquettes explicatives (cf annexe 7) sont également présentes dans les salles d'attente en libre service et des affiches abordant le DSP sont placées à différents endroits stratégiques de la maternité (notamment dans les salles d'attente).

Des cours de préparation à la naissance sont dispensés au sein de la Polyclinique. Les sages-femmes peuvent y aborder le sujet du DSP et distribuer des plaquettes explicatives aux personnes intéressées. Les gynécologues et sages-femmes peuvent également être amenés à aborder le DSP lors du suivi de grossesse ou de consultations afin que chaque patiente soit libre de choisir. Il est intéressant de relever que les secrétaires des médecins participent activement à l'information des patientes. Enfin, en mai 2012, la Polyclinique a mis en place un webcasting, dont le fil conducteur est le DSP, qu'il est possible de visionner sur www.pca-mater.tv. Cela permet de répondre aux questions que les futurs parents posent couramment. Ainsi de nombreux moyens sont mobilisés afin de permettre à chaque future mère d'avoir accès à une information claire et complète.

2.2.2 Le parcours de la femme enceinte

Après avoir reçu l'information concernant le DSP, si la femme souhaite l'effectuer, il n'y a qu'une seule formalité : un rendez-vous avec une sage-femme qui en est responsable. Cet entretien, d'une vingtaine de minutes, se déroule à la Polyclinique et a plusieurs objectifs (cf annexe 8). Tout d'abord il permet de transmettre une information plus précise et complète sur le DSP et d'apporter des réponses aux différentes questions des futurs parents. Il permet également de vérifier que la patiente ne présente aucune contre-indication au DSP. La liste des contre-indications est longue et concerne les antécédents familiaux et personnels des futurs parents (cf annexe 9). Une fois cela effectué, si la patiente accepte le don, elle doit alors donner son consentement par écrit. Celui-ci est recueilli sur un livret de l'EFS (cf annexe 10), la patiente garde le livret ainsi qu'un exemplaire du consentement signé et la maternité conserve le deuxième feuillet.

L'entretien doit avoir lieu aux alentours de 37 semaines d'aménorrhée, afin de disposer des résultats des trois échographies et de l'ensemble des résultats biologiques. De plus, si l'accouchement a lieu avant ce terme, le sang placentaire ne peut être prélevé, ainsi cela permet d'éviter des rendez-vous inutiles. Toutefois, le délai d'obtention d'un rendez-vous peut-être long, allant jusqu'à 1mois en raison de demandes toujours plus nombreuses. De ce fait, il est préférable d'éviter une information donnée trop tardivement au cours de la grossesse. Une fois le consentement signé, le souhait de don est précisé dans le dossier médical et la patiente devient une candidate officielle au DSP. Il n'y a ensuite aucune autre démarche à effectuer et, si les conditions le jour de l'accouchement le permettent, le sang placentaire pourra être prélevé en vue d'un don.

2.3 Du prélèvement à l'EFS de Rennes

Lorsqu'une candidate au DSP arrive en travail au bloc obstétrical, la sage-femme qui la prend en charge doit préparer le nécessaire au don. Cela comprend les documents de traçabilité et le matériel de prélèvement (juste avant l'accouchement) c'est-à-dire le dispositif de recueil (cf annexe 11), l'agitateur, et le petit matériel nécessaire au geste. Elle doit également réaliser un bilan sanguin supplémentaire à l'aide de tubes fournis par l'EFS afin de contrôler un ensemble de sérologies. Ce bilan sera joint au DSP et envoyé à l'EFS de Rennes ou il sera techniqué. Le DSP ne peut être effectué qu'à la condition d'un déroulement physiologique du travail. En effet, d'autres contre-indications viennent s'ajouter à celles antérieurement vérifiées au cours de l'entretien (cf annexe 9). Une contrainte supplémentaire est liée au jour et à l'heure d'accouchement. Le laboratoire de l'EFS recevant les USP étant fermé le dimanche, la dernière navette de la semaine part le samedi à 7h or un prélèvement de sang placentaire ne peut être conservé que 24 heures entre son recueil et son arrivée à l'EFS. Ainsi il ne peut y avoir de DSP du samedi 6h au dimanche 12h. Enfin, il convient de préciser qu'une césarienne, dans un contexte non urgent, n'est pas une contre-indication au don, il en va alors de la libre appréciation du médecin d'effectuer ou non le prélèvement.

Une fois la naissance effectuée, il ne peut y avoir un DSP qu'à la condition du bien être de la mère et de l'enfant, il ne doit pas détourner la vigilance de l'équipe soignante. Ainsi, après le clampage et la section du cordon, la personne ayant réalisé l'accouchement change de gants stériles et effectue une déterision à la Bétadine®. Il saisit ensuite le dispositif de recueil stérile, s'assure que la poche de recueil se situe sur le plateau de l'agitateur en marche. La tubulure doit alors être déclampée avant la ponction au niveau de la veine ombilicale à l'aide d'un des deux cathéters du système de recueil. Le sang placentaire va s'écouler jusqu'à la poche, le professionnel peut alors masser le cordon pour permettre un meilleur écoulement. Si celui-ci vient à s'arrêter, il est possible d'effectuer une deuxième ponction (à l'aide du deuxième cathéter) plus haut sur le cordon. Une fois le cordon purgé, la tubulure est clampée et le cathéter ôté. Une petite poche, unie au système de recueil, contient un anticoagulant. Après le prélèvement, celle-ci doit être rompue afin de libérer la substance dans la poche de sang. Le prélèvement est alors prêt à être conditionné. Somme toute, il est important de prévenir la mère, car ce geste passe souvent inaperçu dans le contexte émotionnel lié à la naissance.

Une fois la patiente réinstallée, la poche de recueil est emmenée dans le local consacré au DSP. La tubulure est soudée et les premières démarches de traçabilité sont effectuées afin de permettre la triple identification de la poche (identification de la mère, du nouveau né et un code barre préservant l'anonymat). Dans les 30 minutes suivant le prélèvement la poche devra être placée dans un caisson à l'intérieur d'un réfrigérateur dédié au sang placentaire accompagnée des prélèvements et de la fiche de renseignements. Le prélèvement y restera jusqu'à l'arrivée du transporteur. Lorsque celui-ci arrive, la sage-femme ferme le caisson et déclenche le traceur de température (qui doit être aux alentours de 12°C). Le lendemain, les premiers résultats de conformité des dons sont reçus par fax et la sage-femme responsable peut alors en informer les patientes concernées.

2.4 À l'EFS de Rennes

Lorsque le sang placentaire arrive à l'EFS de Rennes, le caisson est ouvert au sein d'une enceinte thermostatée à 12°C afin d'éviter un choc thermique. Les prélèvements de sang placentaire y restent une heure puis la vérification de la conformité peut débuter. Le poids et la présence de caillots sont les deux premiers critères à être jugés. En effet le volume ne doit pas dépasser un minimum de 126 g soit 70 mL, l'insuffisance de volume étant la principale cause de non-conformité. Puis la recherche de caillots est effectuée manuellement. Par la suite, un contrôle du taux de cellules nucléées totales (CNT) est effectué avec un minimum de $1,4 \cdot 10^9$ CNT par poche. Des prélèvements sont ensuite réalisés afin d'effectuer une numération de formule sanguine initiale et une détermination HLA. Deux échantillons de 0,5 mL sont gardés en réserve dans l'éventualité de la nécessité de prélèvements supplémentaires.

L'étape suivante est la miniaturisation. Cela consiste en un filtrage du sang placentaire réalisé dans un automate, puis à la réduction du volume lors de deux cycles de centrifugation permettant la séparation de différentes couches sur lesquelles des bilans seront effectués :

- le plasma → sérologies virales
- les globules rouges → électrophorèse de l'hémoglobine et groupe sanguin
- le buffy coat (couche leucoplaquettaire)
 - Contrôle de la richesse cellulaire en CNT, CD34+ (antigènes monoclonaux permettant l'identification des CSH), CD45
 - Numération de formule sanguine

La poche finalement obtenue ne contient plus qu'un volume de 19,9 à 20,4 mL et est destinée à la congélation.

Avant la congélation, le sang placentaire est mis en contact avec un agent cryoprotecteur, le DMSO (diméthylsulfoxyde) afin d'éviter la formation de glaçons intracellulaires qui provoqueraient une rupture cellulaire lors de la décongélation. La tubulure est ensuite séparée en 3 morceaux à l'aide de soudures. Un des morceaux est désolidarisé de la poche et permettra la réalisation d'un contrôle de numération sanguine dans le cas d'une demande de décongélation. Les deux autres morceaux restent unis à l'USP et serviront à un nouveau typage HLA et à la culture du progéniteur hématopoïétique afin de s'assurer que celui-ci est toujours fonctionnel. Puis l'USP est protégée par un suremballage hermétique. En fin de processus un contrôle bactériologique est effectué sur deux échantillons de plasma qui sont mis en culture, aérobie pour l'un et anaérobie pour l'autre, durant dix jours afin de s'assurer de l'absence de contamination lors des diverses manipulations (2 % des bactériologies reviennent positives). Entre l'arrivée du sang placentaire à l'EFS et sa congélation, 2h30 à 3h se sont écoulées.

Lorsque le don n'est pas conforme, il est soit détruit soit utilisé à des fins de recherche ou de formation. En cas de conformité un courrier est envoyé à la patiente. Une qualification néonatale doit alors être remplie par un pédiatre de la maternité avant la sortie de l'enfant afin de s'assurer de la bonne santé du nouveau-né et de l'absence de contre-indication (cf annexe 12). Puis, aux deux mois de l'enfant, une qualification post-natale (donnée aux parents avant leur sortie de la maternité) doit être remplie, évaluant les événements intervenus durant les premiers mois de vie (cf annexe 13). La conformité finale du don ne pourra être prononcée qu'à la condition que l'EFS ait en sa possession les deux qualifications correctement remplies et ne révélant aucune contre-indication. L'USP peut alors être inscrite dans le registre de greffons disponibles, la mère en est informée par un courrier et cela est mentionné dans le carnet de santé de l'enfant. La mère sera également informée en cas de cession du don.

2.5 Synthèse de l'activité de prélèvement de sang placentaire à la Polyclinique de l'Atlantique

Le DSP a été mis en place en février 2012 à la Polyclinique de l'Atlantique. Les entretiens ont débutés le 6 février 2012 et les prélèvements le 20 février 2012. Le nombre de navettes permettant le trajet Nantes-Rennes a doublé le 12 novembre 2012, permettant ainsi les DSP le matin. Le tableau suivant récapitule les différents chiffres concernant le DSP à la Polyclinique en 2012 et 2013.

Tableau II : Le DSP en chiffre à la Polyclinique de l'Atlantique de 2012 à 2013

Polyclinique de l'Atlantique		2012 20 Février -> 31 Décembre	2013 1 ^{er} janvier -> 31 août
Nombre d' accouchements		4092	3148
Nombre d' entretiens		1290	1192
Nombres de consentements		968	1096
Nombre de femmes exclues lors de l'entretien		184	82
Nombre de prélèvements non réalisés car	Hors délai	290	167
	Accouchement le matin	60	-
	Conditions obstétricales	93	178
Nombre de prélèvements		537	728
Nombre de dons conformes		146	144
Taux prélèvement/accouchements		13,1 %	23,1 %
Taux conformité/prélèvements		27,2 %	19,8 %

Nombre d'entretiens / Nombre d'accouchements

2012 : 31,5% }
2013 : 37,9% } % de patientes ayant assisté à l'entretien / nombre total d'accouchements

Entre 2012 et 2013 la proportion d'entretiens semble avoir légèrement augmenté, ce qui témoigne probablement d'une plus large information des patientes.

Nombre de consentement / Nombre entretiens

2012 : 75% }
2013 : 92% } % de consentements obtenus / nombre total d'entretiens

Un pourcentage moindre de patientes exclues à l'entretien est relevé en 2013. Cela peut s'expliquer par une meilleure présélection de la part des gynécologues et de leurs secrétaires, ainsi un nombre moindre de patientes comportant des contre-indications se présentent à l'entretien.

Nombre de prélèvement non réalisés car hors délai

2012 : 30% }
2013 : 15,2% } % de prélèvements non réalisés car hors délai / nombre total de consentements

L'évolution favorable de ce nombre s'explique par le doublement du nombre de navettes en semaine, depuis le 12 novembre 2012. Le prélèvement peut ainsi être effectué à toute heure de la journée, le matin compris.

Nombre de prélèvements non réalisés pour conditions obstétricales

2012 : 9,6% }
2013 : 16,2% } % de prélèvements non réalisés en raison des conditions obstétricales
/ nombre total de consentements

Les situations dans lesquelles le prélèvement n'a pu être réalisé en raison de contre-indications d'ordre obstétrical ont été plus fréquentes en 2013, ceci sans réelle explication.

Nombre de prélèvements / Nombre de consentements

2012 : 55,5% }
2013 : 66,4% } % de prélèvements réalisés / nombre total de consentements

Le nombre de prélèvements chez des patientes y ayant consenti est relativement stable. La légère augmentation peut éventuellement s'expliquer par une meilleure aisance de l'équipe soignante autour du DSP en salle de naissance.

Ainsi la proportion de prélèvements de sang placentaire a considérablement augmenté de 2012 à 2013. Quant au taux de conformité, toutes les maternités dépendant de l'EFS de Rennes se situent aux alentours de 18,5 % ce qui correspond aux chiffres de la Polyclinique en 2013. La non conformité est en majeure partie due à l'insuffisance de volumes et du nombre de cellules, dans 60 % des cas. Les autres causes sont diverses telles que la présence de caillots, une bactériologie positive, et bien d'autres.

L'ABM a publié un tableau récapitulant l'activité des centres de prélèvements de CSH (cf annexe 14). Selon ce dernier, la Polyclinique de l'Atlantique se situe à 11,3 % de prélèvement par rapport au nombre total d'accouchement, plaçant la maternité à la 49^{ème} place sur les 69 autres maternités du RFSP. Or les prélèvements n'ont pas débuté au 1^{er} janvier mais au 20 février 2012, alors que les accouchements sont comptabilisés sur les 12 mois pour seulement 10 mois de prélèvements de sang placentaire. Le taux exact sur les 10 mois est de 13,1% comme vu précédemment dans le tableau. La maternité réalisant la plus grande proportion de DSP est l'Hôpital Saint-Joseph Saint-Luc de Lyon, avec un prélèvement de sang placentaire pour 58,5 % des accouchements.

Ainsi, la mise en place du DSP est un processus long demandant rigueur et adaptation de la part du personnel soignant. Toutefois, dans le contexte actuel du don de sang de cordon en France, il est primordial de continuer de développer ce geste de solidarité de la part des patientes. Il ne peut être mis en place dans toutes les maternités pour des questions d'organisation et de budget, de plus cela ne représenterait que peu d'intérêt. En effet, l'autosuffisance nationale étant estimée à 50 000 USP, cet objectif peut-être rapidement atteint avec le nombre actuel de maternités reliées au RFSP, sous condition de rigueur et d'efficacité de leur part.

DEUXIÈME PARTIE : L'étude

1. Objectifs et hypothèses

L'objectif principal de cette étude était de comprendre les facteurs influençant le choix des patientes afin d'en dégager des axes d'amélioration en vue d'augmenter le nombre de dons au sein d'une maternité habilitée.

Nous travaillerons à partir de trois hypothèses :

- 1^{ère} hypothèse : Des patientes motivées mais un volontariat soumis à conditions
- 2^{ème} hypothèse : Une information trop tardive au cours de la grossesse constituant un frein à l'intention de don des patientes
- 3^{ème} hypothèse : mise en jeu de divers facteurs autres que l'information

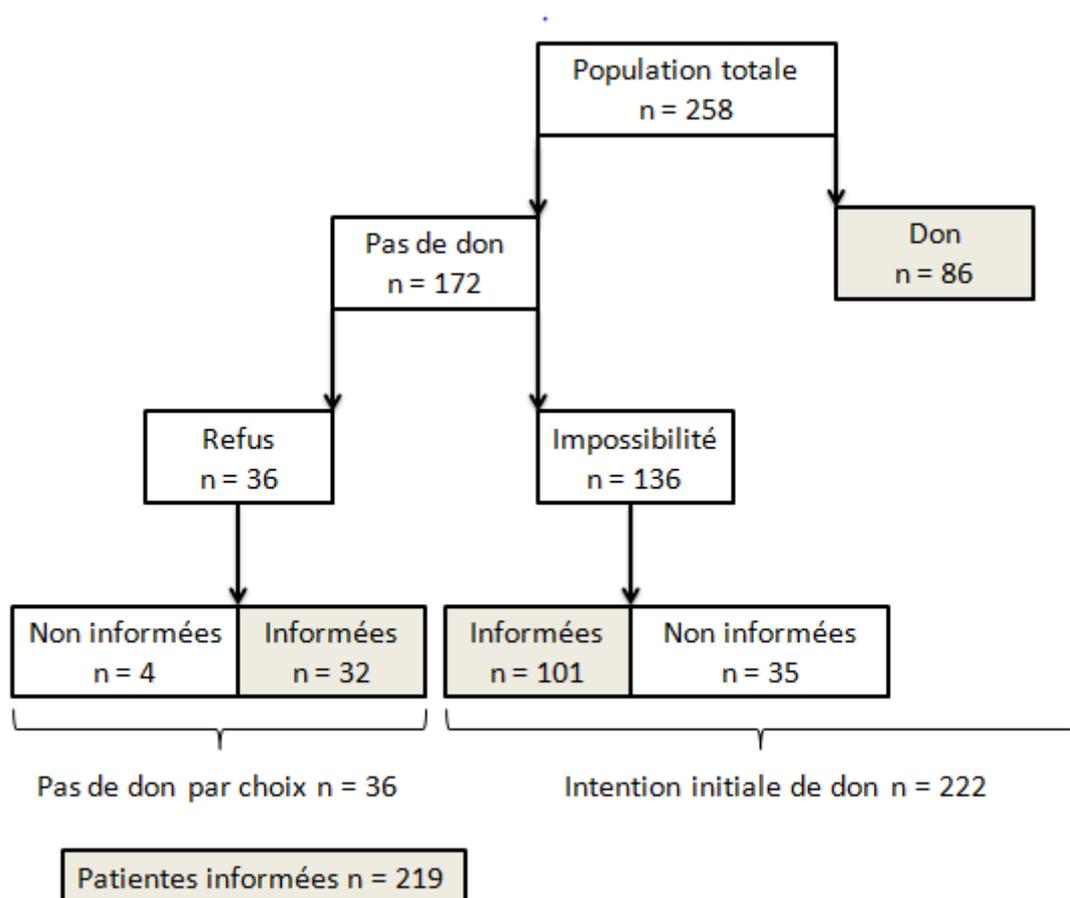
Pour tenter d'y répondre, nous nous attacherons tout d'abord à décrire la population étudiée selon leur intention de don, puis nous décrirons et analyserons l'information reçue par les patientes ainsi que les motifs de refus ou d'acceptation.

2. Matériel et méthodes

2.1 Méthode

L'étude a été réalisée au sein de la Polyclinique de l'Atlantique à Saint-Herblain. La distribution des questionnaires a eu lieu du 17 Juillet 2013 au 10 Août 2013. Deux types de questionnaires ont été distribués selon la réalisation ou non du DSP. Ils ne diffèrent que sur trois questions en lien avec la réalisation ou non du don, le reste des questions étaient similaires.

86 questionnaires ont été distribués aux patientes ayant donné leur sang placentaire (cf annexe 15) et 172 aux patientes n'ayant pas réalisé le don (cf annexe 16). Cette répartition a été fixée compte tenu du pourcentage de DSP le mois précédant l'étude. Ainsi les questionnaires représentent l'entière population des accouchées de la Polyclinique. La population est donc répartie de la manière suivante :



2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Le recrutement consistait à proposer à chaque patiente présente dans le service de suites de couches et en unité kangourou de participer à l'étude jusqu'à l'atteinte du nombre souhaité de questionnaires. Aucune sélection n'a été effectuée les trois premières semaines. Les derniers jours nous avons un nombre suffisant de questionnaires des patientes n'ayant pas donné, ainsi seules les patientes ayant réalisé le DSP ont été interrogées jusqu'à obtention du nombre souhaité de réponses. Seules quatre patientes ont été exclues de l'étude, deux d'entre elles ne maîtrisaient pas la langue française et les deux autres patientes venaient d'accoucher de jumeaux, le questionnaire n'était alors pas adapté.

2.3 Méthode statistique

La saisie de donnée et leur exploitation ont été effectuées grâce au logiciel Epidata 3.1 et Epidata Analysis 2.2. Les données quantitatives sont représentées par une moyenne accompagnée de l'écart type et les données qualitatives sont représentées par un pourcentage. Les comparaisons de moyennes sont réalisées par le test de Student et celles entre deux pourcentages par le teste du χ^2 . Les différences sont considérées comme significatives lorsque $p < 0,05$.

3. Résultats

3.1 Comparaison des populations selon l'intention de don

Dans un premier temps, les patientes vont être réparties dans deux populations différentes que nous allons comparer afin de déterminer si le profil (âge, habitat, étude...) et le contexte dans lequel se déroule la grossesse (parité, suivi, cours de préparation...) ont une influence sur leur décision de don. La première population regroupe toutes les femmes ayant l'intention initiale d'effectuer le DSP, c'est-à-dire les patientes ayant réalisé le don ainsi que celles ne l'ayant pas effectué par impossibilité. La deuxième population comprend les femmes ayant refusé le don, c'est-à-dire ne l'ayant pas effectué par choix. Ainsi la première population, comprend 222 patientes (soit 86 % des effectifs), et la deuxième population est représentée par 36 femmes (14 % des patientes interrogées).

Tableau III : Comparaison des deux populations selon l'intention de don

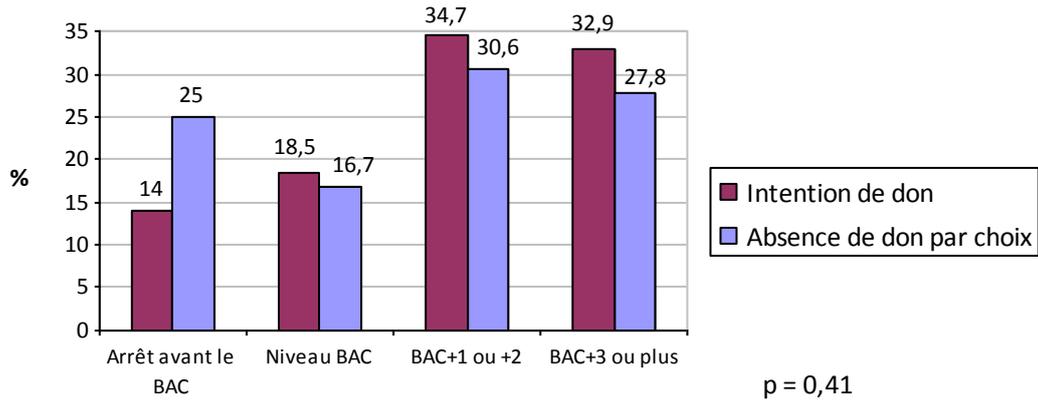
Variables		Intention don ou don n=222	Refus don n=36	p
Âge (en années)		30,1 ± 4,6	30,89 ± 5,2	0,35
Origine		207 (93,2)	32 (88,9)	0.53
- Française (%)		14 (6,3)	4 (11,1)	
- Etrangère (%)				
Poids de naissance (g)		3400 ± 445,4	3320 ± 516,5	0,32
Âge gestationnel (en SA)		39 ,45 ± 1,5	39,19 ± 1,49	0,37
Accouchement	Voie basse	170 (76,6%)	28 (77,8%)	0,99
	Césarienne programmée	15 (6,8%)	2 (5,6%)	
	Césarienne en urgence	11 (5%)	2 (5,6%)	
Sexe de l'enfant	Masculin	122 (55%)	20 (55,6%)	1,00
	Féminin	94 (42,3%)	15 (41,7%)	
Allaitement	Maternel	130 (58,6%)	18 (50%)	0,66
	Artificiel	84 (37,8%)	17 (47,2%)	
	Mixte	5 (2,3%)	1 (2,8%)	
Habitat	Zone urbaine	77 (34,7%)	14 (38,9%)	0,83
	Zone rurale	88 (39,6%)	15 (41,7%)	
	Zone périurbaine	55 (24,8%)	7 (19,4%)	
Parité : Primipares		106 (47,7%)	14 (38,9%)	0,44
Antécédent de DSP		4 (1,8%)	1 (2,8%)	0,22
Cours de préparation à la naissance		156 (70,3)	22 (61,1%)	0,48
Femmes informées du DSP		186 (83,8%)	32 (88,9%)	0,43
Femmes souhaitant un DSP pour leur prochaine grossesse		191 (86%)	25 (69,4%)	<0,05
Femmes qui conseilleraient à leur entourage d'effectuer un DSP		206 (92,8%)	26 (72,2%)	<10⁻⁴

* DSP = Don de sang placentaire

Cette comparaison révèle de nombreuses similitudes entre les deux populations. En effet, les résultats nous montrent qu'il n'y pas de différence significative concernant l'âge moyen, le poids de naissance, le sexe de l'enfant et l'âge gestationnel au moment de l'accouchement. De même, les voies d'accouchement sont similaires avec une majorité d'accouchements par voie basse et des taux relativement proches de césariennes programmées et en urgence. À propos du mode d'allaitement, nous remarquons une légère prédominance de l'allaitement maternel et très peu d'allaitement mixte, ceci dans les deux populations. On ne note pas de différence significative ni de prédominance particulière entre les lieux d'habitation, le taux de primiparité et le taux de femmes ayant participé à des cours de préparation entre les deux populations.

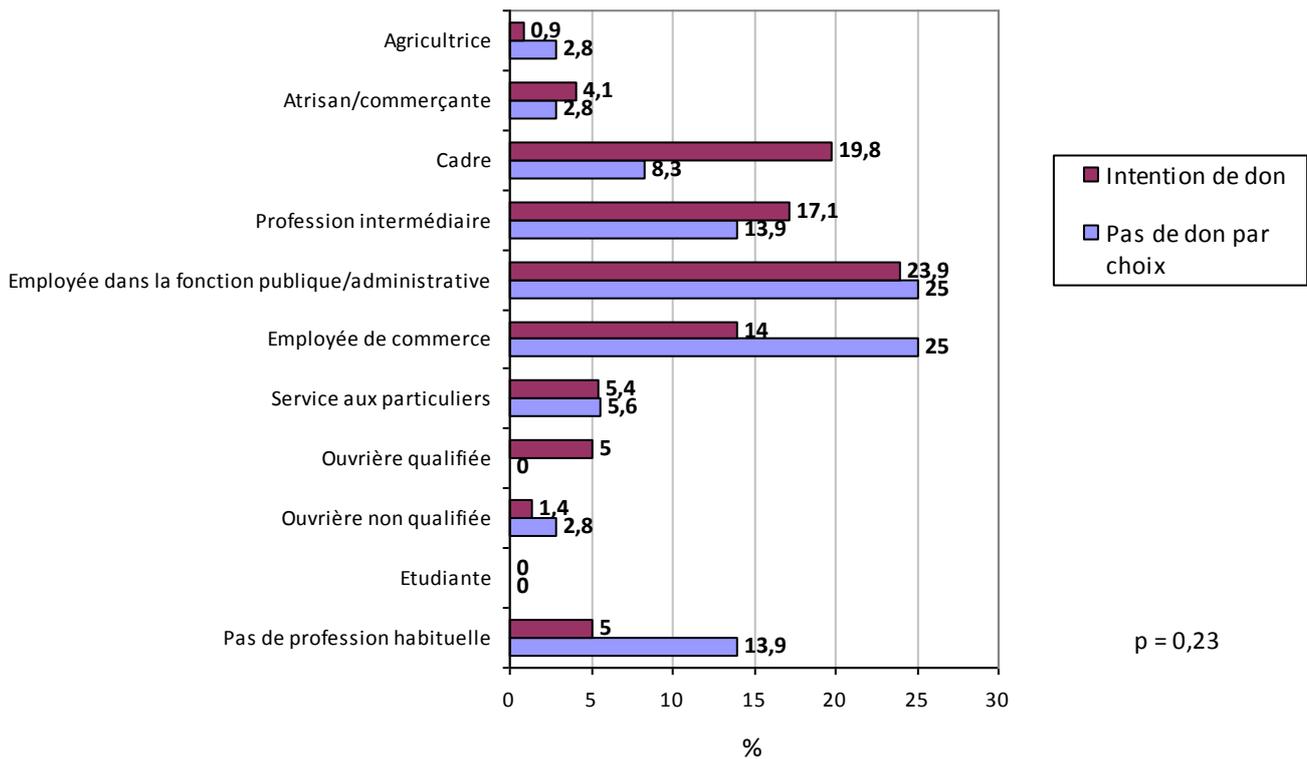
Concernant l'antécédent de don de sang placentaire, les effectifs sont très réduits, ne concernant que 5 patientes réparties dans les deux populations. Il est intéressant de relever que le pourcentage de femmes informées de la possibilité du DSP est similaire quelque soit l'intention de don, avec une majorité de femmes ayant reçu l'information. Cependant, dans l'éventualité d'une prochaine grossesse, les femmes qui souhaitaient donner seraient plus nombreuses à accepter un don de sang placentaire que les femmes n'ayant pas effectué le don par choix, ceci de manière significative. Elles seraient également plus nombreuses à conseiller le DSP à leur entourage, la différence entre les deux populations étant significative. Ces deux différences sont directement influencées par les critères de sélection des deux populations et paraissent donc cohérentes.

Figure 1 : Niveau d'étude selon l'intention de don



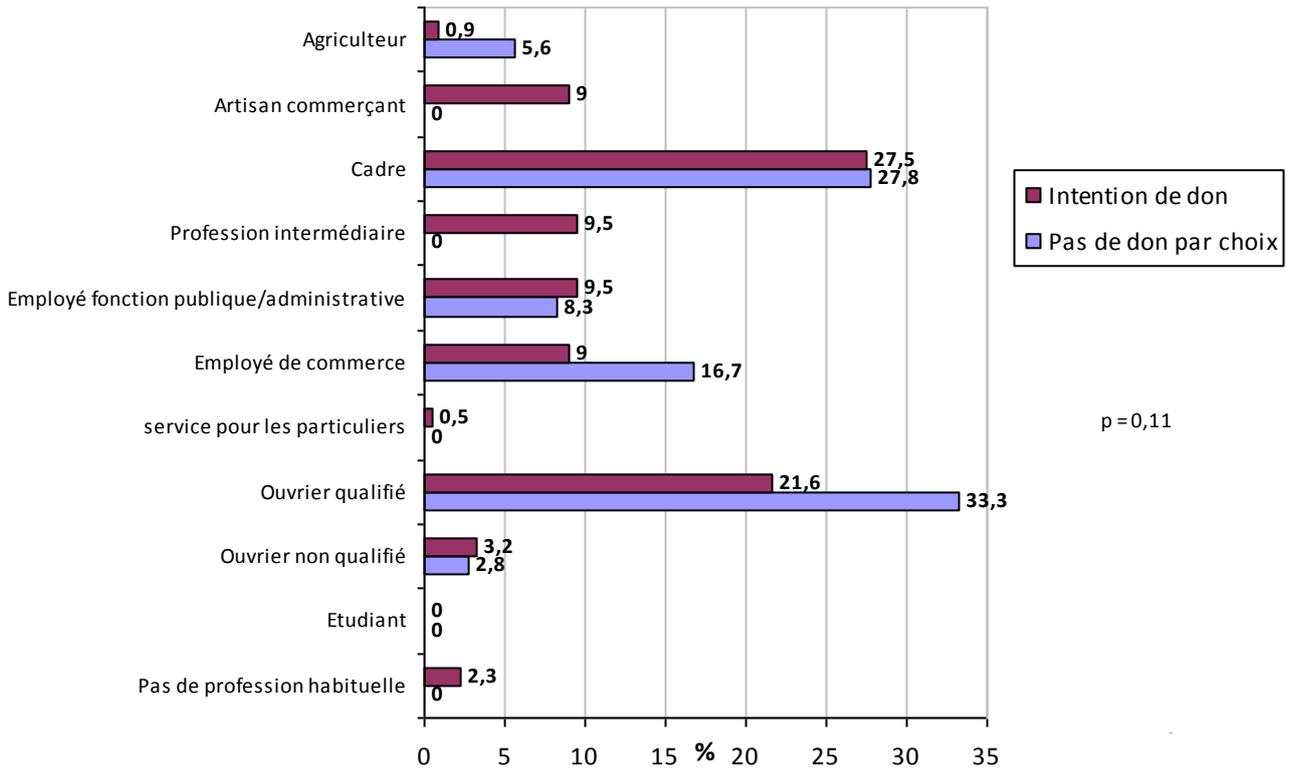
La répartition des patientes est relativement homogène sans prédominance d'un niveau d'étude, de même il n'y a pas de différence significative entre les deux populations.

Figure 2 : Professions des patientes selon l'intention de don



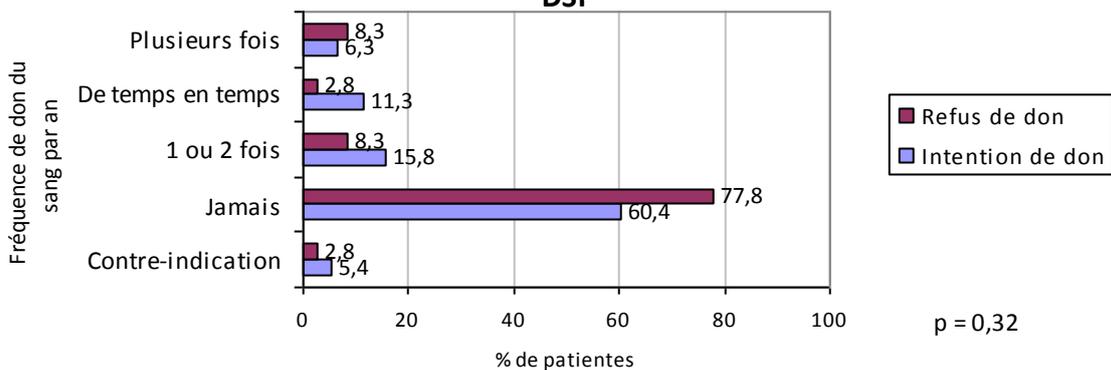
Quelques professions sont plus représentées que d'autres, tout comme dans la population générale. La répartition entre les deux populations diffère pour certaines professions telles que les cadres ou les personnes sans professions mais sans toutefois de différence significative.

Figure 3: Profession des conjoints selon l'intention de don des patientes



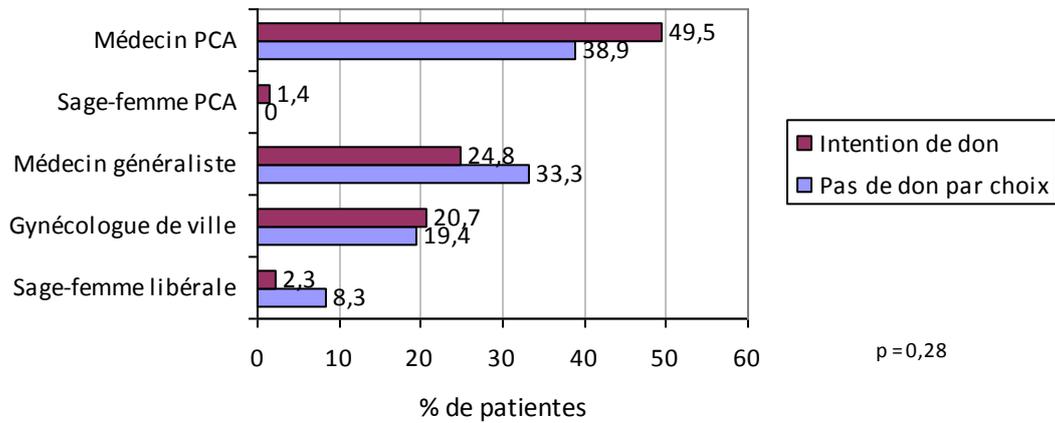
Les professions exercées par les conjoints les plus représentées sont celles de cadre et d'ouvrier qualifié, ceci dans les deux populations. Ainsi il n'existe pas de différences significatives entre la nature de la profession des conjoints des patientes étudiées.

Figure 4: Fréquence de don du sang en fonction de l'intention de DSP



Le don du sang est basé sur le même principe de solidarité, avec un don anonyme et gratuit, il est donc intéressant de se demander si le choix des patientes quant au DSP correspond à leur engagement en dehors de la grossesse concernant le don du sang. Dans chacune des deux populations étudiées, la majorité des femmes n'ont pas pour habitude de donner leur sang. Ainsi les patientes qui avaient l'intention d'effectuer le don de sang placentaire ou l'ayant effectué ne donnent pas significativement plus leur sang que les femmes l'ayant refusé.

Figure 5: Nature des professionnels suivant la grossesse des patientes selon leur intention de don



La question portait sur le suivi de grossesse en dehors du 8ème et 9ème mois, consultations généralement effectuées au sein de la maternité prévue pour l'accouchement. Une grande partie des patientes ont été suivies par un médecin de la Polyclinique de l'Atlantique tout au long de leur grossesse. Trois patientes ont déclaré un suivi par une sage-femme de la Polyclinique, hors les sages-femmes travaillant dans cette maternité ne réalisent des consultations de suivi de grossesse qu'en dehors de la Polyclinique, sans lien avec celle-ci. Il se peut que cette proposition erronée ait provoqué des confusions. On remarque également qu'une minorité de patientes est suivie par une sage-femme libérale. Concernant la nature des professionnels suivant la grossesse, il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les deux populations.

Ainsi cette comparaison nous montre que les deux populations sont similaires pour l'ensemble des critères évalués.

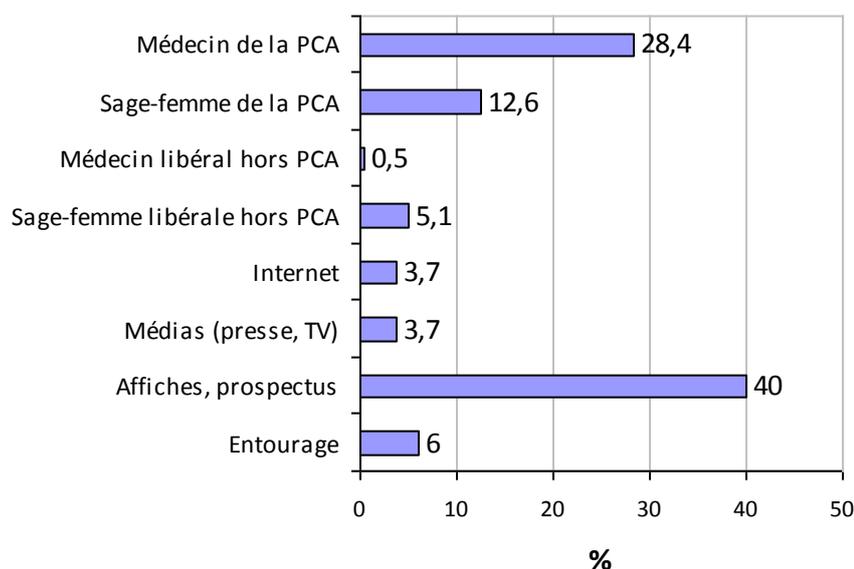
3.2 Description et facteurs liés à l'information du DSP

3.2.1 Moyens d'information

219 femmes ont été informées durant leur grossesse de la possibilité d'effectuer un don de sang placentaire, soit 84,5 % des effectifs totaux. Parmi ces femmes, 32 (14,7%) ont choisi de ne pas faire le don, et 187 (85,3%) ont décidé de l'effectuer, qu'elles aient pu ou non.

Les moyens par lesquels l'information a été donnée sont divers, voici les résultats de la question « par quel(s) moyen(s) avez-vous été informée ? », les patientes avaient la possibilité de choisir plusieurs de réponses.

Figure 6: Moyens d'information sur le DSP

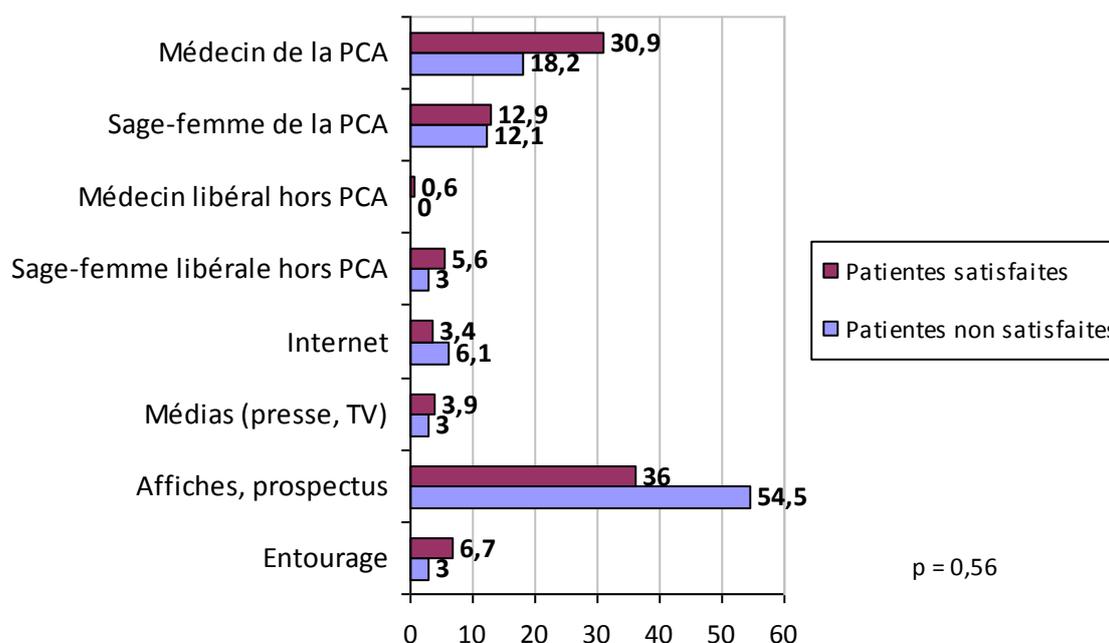


Deux moyens de communication sont mis en évidence, l'information par les affiches et prospectus (40 % des réponses) présents en grand nombre au sein de la Polyclinique de l'Atlantique, ainsi que l'information par les professionnels de santé de la Polyclinique (28,4% d'information par les médecins et 12,6% par les sages-femmes). Cependant l'information n'a que peu été transmise par les médecins de libéraux hors PCA (gynécologues ou médecins généralistes). Nous remarquons ainsi une grande diversité dans l'information donnée par les différents professionnels, en soulignant que les médecins exerçant à la Polyclinique voient l'ensemble des femmes en consultations, contrairement aux autres professionnels.

3.2.2 Satisfaction des patientes vis à vis de l'information

Parmi les femmes informées du DSP, 15,1 % ont jugé l'information reçue insuffisante. Nous allons alors comparer les moyens d'information selon les patientes satisfaites ou non.

Figure 7: Comparaison des moyens d'information des patientes selon leur satisfaction



La majorité des patientes non satisfaites ont reçu l'information par un autre moyen qu'un professionnel de santé (pour 66,6% dont 54,5% par les affiches et prospectus). Tandis que la répartition des patientes satisfaites est plus équilibrée, que l'information soit donnée par un professionnel de santé (50,0%) ou par un autre moyen (50,0%). Cependant cela ne reste que des tendances car les différences observées ne sont pas significativement différentes.

Dans les commentaires des patientes déclarant ne pas être satisfaites de l'information reçue, certaines ont précisé la nature de leur insatisfaction :

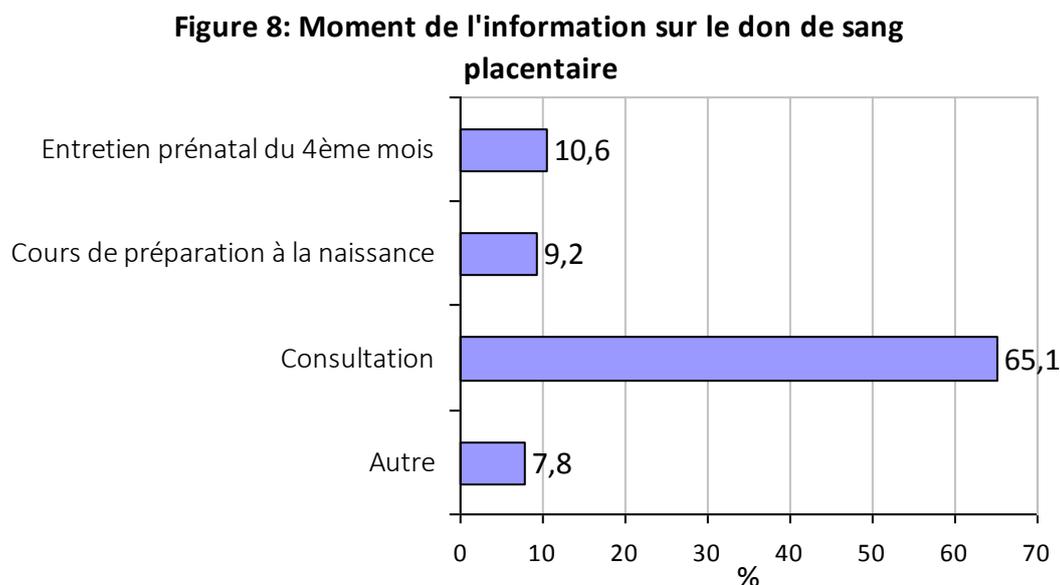
- 15 patientes estimaient qu'il leur manquait des informations, dont 6 précisant qu'il s'agissait d'informations sur la nécessité d'un rendez-vous avec une des sages-femmes responsables du DSP.

- 10 patientes reprochaient aux professionnels de santé de ne pas avoir abordé le sujet avec elles et n'ont donc eu aucun échange à ce sujet avec un soignant.

- 3 patientes étaient déçues d'avoir du elles-mêmes aborder le sujet en consultation.

3.2.3 Moment de l'information

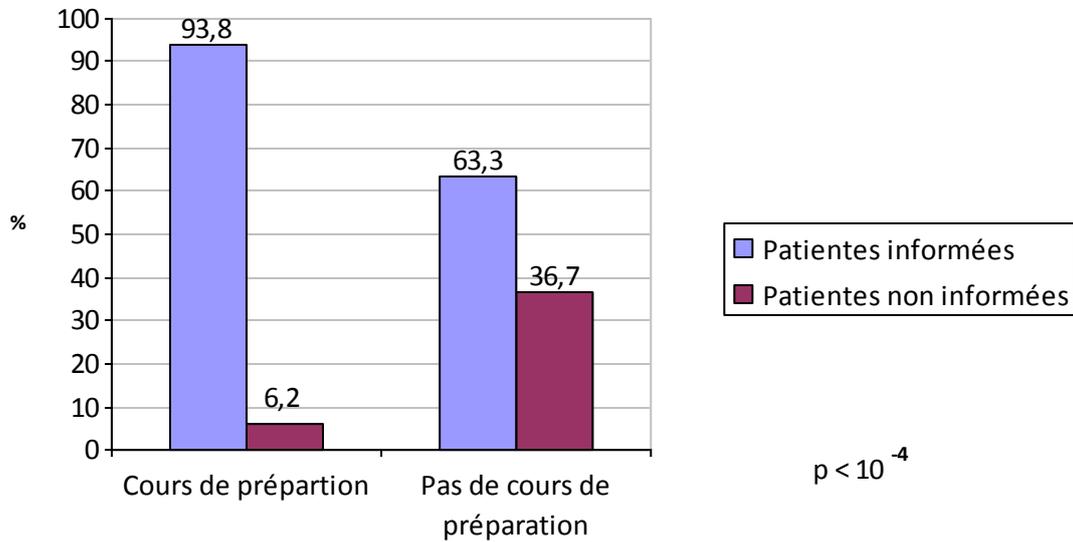
La grossesse est une période au cours de laquelle le couple reçoit une multitude d'informations qu'ils intègrent de manière différentes selon leur disponibilité et leur compréhension. Ainsi il est primordial de choisir de manière judicieuse le moment propice à l'information sur le don de sang de cordon. Le CCNE recommande d'aborder le sujet le plus tôt possible au cours de la grossesse. Voici les résultats relatifs au moment de l'information :



Le sujet a principalement été évoqué lors de consultations. Dans 10,6% des cas, l'information a eu lieu lors de l'entretien prénatal du 4ème mois, c'est-à-dire tôt dans la grossesse, et dans 9,2% des cas lors de cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Les patientes ayant reçu l'information à un autre moment que ceux proposés sont au nombre de dix-sept. Douze d'entre elles précisent que le professionnel n'a pas abordé par lui-même, ou pas du tout, le sujet du DSP. Quatre patientes déclarent que l'information a eu lieu le jour de l'accouchement durant le travail, et une patiente a été informée lors de son 2^{ème} mois de grossesse par la secrétaire de son gynécologue.

Il est difficile d'évaluer le taux de patientes ayant reçu une information lors des cours de préparation à la naissance étant donné qu'il s'agissait d'une question à choix unique et que l'information lors des cours de préparation ne fait qu'aborder vaguement le sujet afin que les femmes prennent contact avec les personnes appropriées. Ainsi nous allons comparer le taux de patientes informées selon leur participation à des cours de préparation ou non.

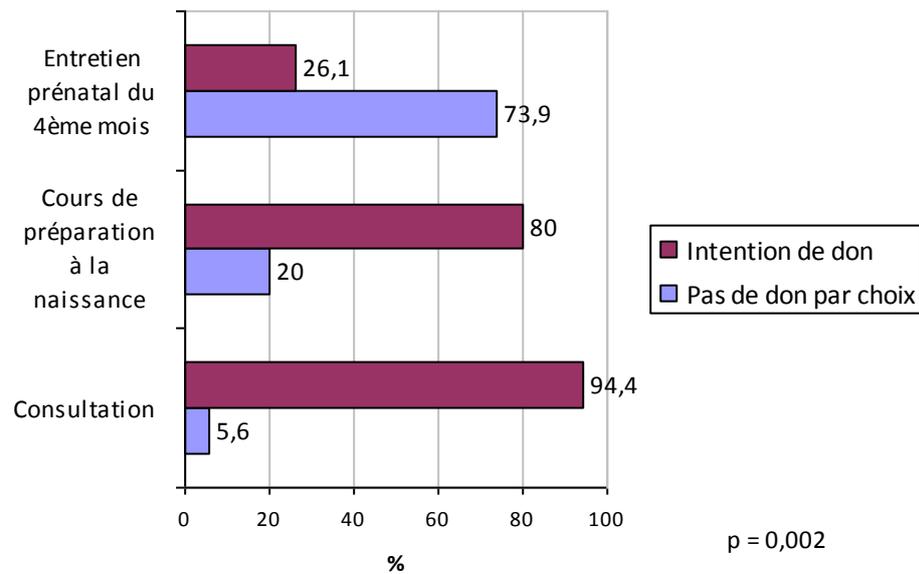
Figure 9: Comparaison de l'information des patientes selon leur participation à des cours de préparation à la naissance



Nous remarquons que les patientes ayant assisté aux cours sont plus nombreuses à avoir reçu l'information, ceci de manière significative. Les femmes présentes aux cours sont essentiellement des primipares. Lorsque nous comparons le taux d'information selon la parité, il apparaît en effet que les patientes primipares ont tendance à être plus nombreuses à recevoir l'information (90,8%) que les deuxièmes paires et plus (79,3% ayant reçu l'information).

Nous allons désormais comparer l'intention de don selon le moment de l'information en ne sélectionnant que les femmes informées. Cela réduit l'effectif de la population n'ayant pas réalisé le don par impossibilité étant donné qu'une partie des patientes n'avaient pas été informées.

Figure 10 : Intention de don en fonction du moment de l'information

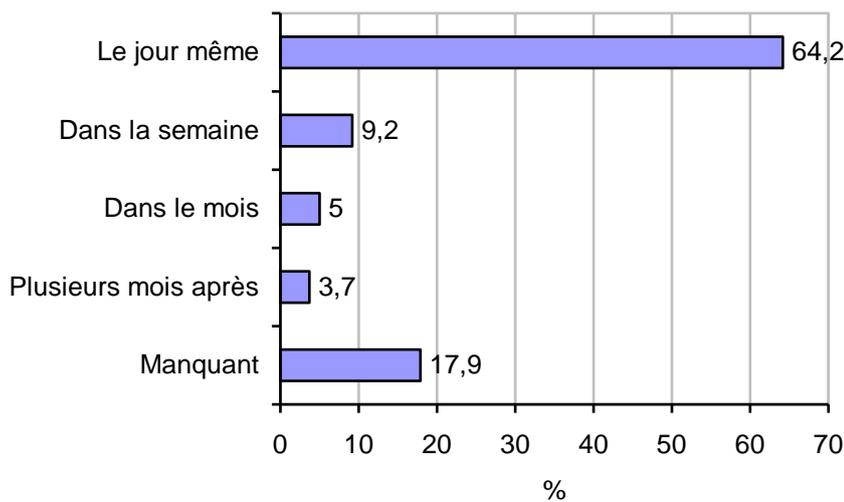


Les patientes ayant été informées au cours de l'entretien prénatal, sont une majorité à ne pas avoir réalisé le don par choix. Tandis que les patientes ayant reçu l'information lors des cours de préparation à la naissance et lors de consultations acceptent en grande partie le don, que celui-ci soit par la suite possible ou non. Cette différence de choix selon le moment de l'information est significative.

3.2.4 Délai de réflexion

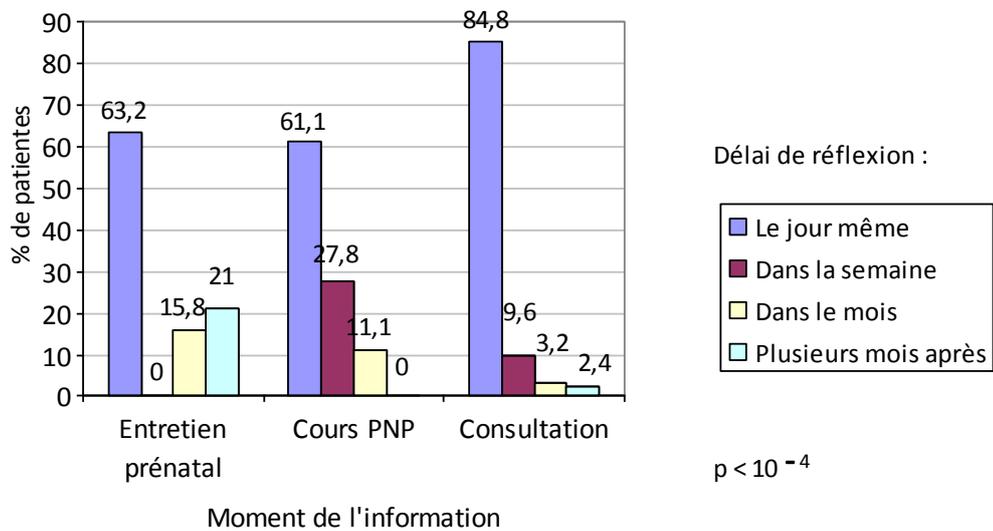
Le délai de réflexion a été défini du moment où l'information relative au DSP est donnée jusqu'à la décision finale du couple. La difficulté de cette estimation explique le taux important de patientes n'ayant pas répondu à la question.

Figure 11: Délai de prise de décision depuis l'information



Parmi les patientes ayant répondu à la question nous notons que le délai entre l'information et la prise de décision a tendance à être relativement court. Une majorité des patientes, 64,2 % prennent la décision le jour même sans nécessité d'un délai de réflexion. Tandis que 3,7 % des patientes ne prennent une décision qu'après plusieurs mois de réflexion. Il est possible que ce délai varie en fonction du moment de l'information. Ainsi il est intéressant de comparer les temps de réflexion selon le moment de l'information.

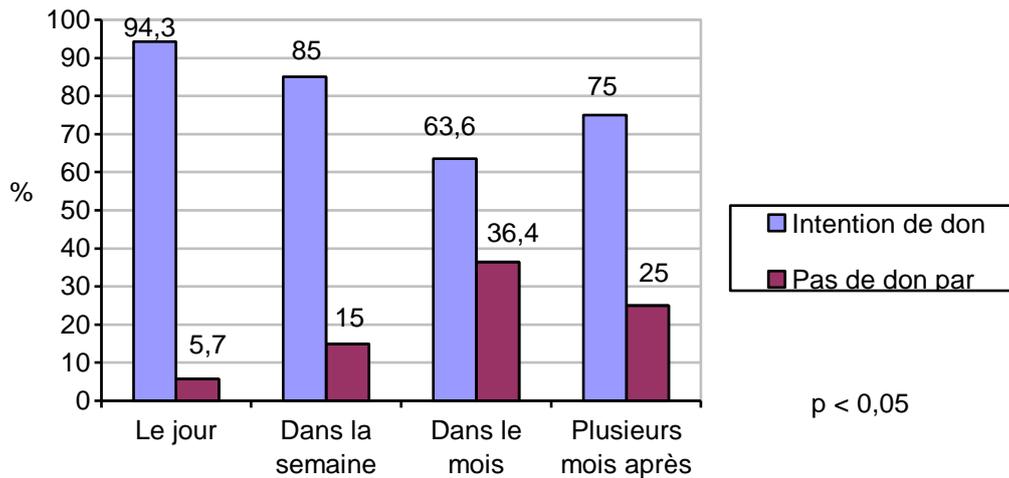
Figure 12 : Délai de réflexion selon le moment de l'information



Nous remarquons que plus l'information est donnée tôt plus les femmes prennent du temps pour méditer le sujet. Cependant quelque soit le moment de l'information, au moins 60 % des femmes prennent leur décision le jour même. Lorsque l'information est donnée au cours de l'entretien prénatal du 4ème mois, 36,9 % des patientes ne se prononcent que dans le mois suivant ou plusieurs mois après. Tandis que si l'information est reçue au moment des cours de préparation à la naissance, c'est-à-dire au 2ème et surtout 3ème trimestre, 11,1% des patientes se décident dans le mois et 27,8 % dans la semaine. Enfin, lorsque l'information a lieu au cours d'une consultation, le plus souvent lors des consultations du 8^{ème} et 9^{ème} mois à la Polyclinique au moment où l'accouchement est abordé, 84,8 % des patientes prennent une décision le jour correspondant à l'information. Ces différences sont significativement différentes.

Le délai de réflexion est modifié selon le moment où l'information est reçue au cours de la grossesse. Le moment de l'information joue également un rôle dans la décision concernant le don. Mais qu'en est-il de la relation entre le temps de réflexion et la décision concernant le don ? Ainsi nous allons comparer la décision des couples (évaluée selon leur intention de don) en fonction de leur délai de réflexion (les femmes non informées ne sont ici pas prises en compte).

Figure 13: Intention de don en fonction du délai de réflexion

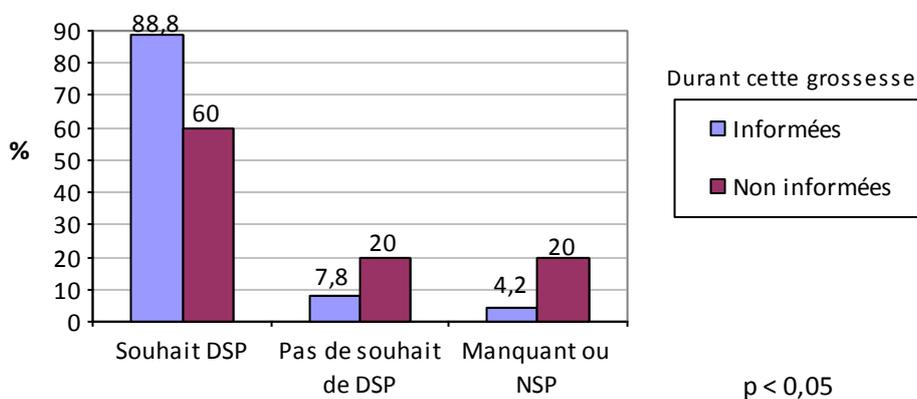


Les patientes se décidant le jour de l'information désirent, dans 94,3% des cas, effectuer le DSP. Cet écart diminue progressivement avec le temps de réflexion. Les patientes pour qui la prise de décision a lieu dans la semaine sont 15 % à ne pas souhaiter réaliser le DSP. Lorsque la décision est prise dans le mois suivant l'information, 36,4 % des patientes refusent le DSP. Pour les patientes ayant un temps de réflexion de plus d'un mois, 25,0 % choisissent de ne pas effectuer de don. Ces résultats sont significativement différents.

3.2.5 Souhait pour une prochaine grossesse et diffusion de l'information

Lorsque les patientes remplissaient le questionnaire, toutes connaissaient l'existence du DSP. En effet, celles n'ayant pas eu connaissance de la possibilité du DSP lors de leur grossesse ont été brièvement informées des principes de ce geste lors de la distribution des questionnaires. Il est intéressant de se demander si l'information ou l'absence d'information durant la grossesse influe réellement sur la décision pour une prochaine grossesse. Cela permet également d'estimer le taux de patientes non informées qui auraient été susceptibles d'accepter le don si elles avaient bénéficié de l'information durant leur grossesse.

Figure 14: Intention de don dans l'hypothèse d'une prochaine grossesse en fonction de l'information reçue



Concernant les patientes non informées, dans l'hypothèse d'une prochaine grossesse, 60% d'entre elles seraient d'accord pour effectuer un DSP, 20% refuseraient le don et 20% ne se sont pas prononcées, probablement par souhait d'informations supplémentaires. Ces résultats sont significativement différents de ceux obtenus par les patientes informées, ce qui paraît cohérent étant donné la différence d'information reçue à ce sujet. Cependant il est intéressant de souligner que malgré la brève information reçue par les femmes qui n'avaient pas connaissance de la possibilité du don, 60% accepteraient tout de même de réaliser le DSP lors d'une prochaine grossesse.

3.3 Description des motifs d'acceptation ou refus du DSP

Pour la suite de l'étude les patientes vont être regroupées en trois catégories.

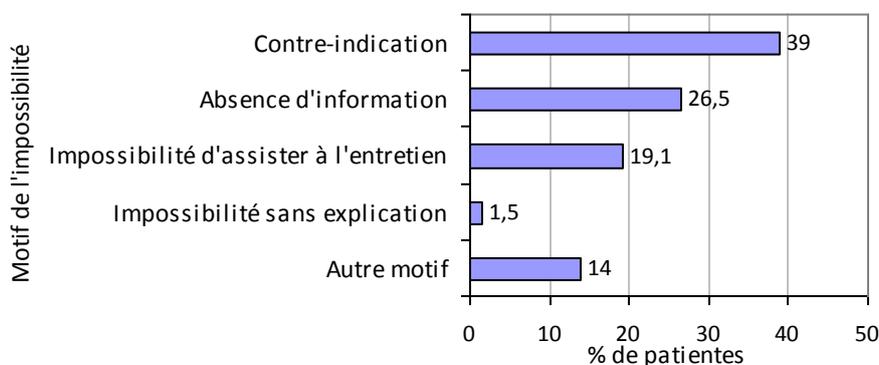
- les patientes ayant réalisé un DSP c'est-à-dire 86 patientes (33,3%)
- les patientes n'ayant pas effectué le don par refus, elles sont au nombre de 36 (14,0% des patientes totales et 20,9% des patientes n'ayant pas donné)
- Ensuite, les patientes qui désiraient effectuer le don mais qui n'ont pas pu le faire, au nombre de 136 (52,7% des patientes totales et 79,1% des patientes n'ayant pas donné)

3.3.1 Patientes ayant réalisé un DSP

Sur le questionnaire des patientes ayant réalisé le don, il leur était demandé le motif principal de ce choix, elles pouvaient choisir entre quatre propositions. Elles n'ont cependant retrouvé le motif correct de leur choix que dans deux des propositions. Ainsi, 96,5% d'entre elles expliquent leur choix par le principe de solidarité, et 3,5% évoquent l'influence d'un proche malade comme principale motivation.

3.3.2 Patientes n'ayant pas réalisé le DSP par impossibilité

Figure 15: Motifs d'impossibilité au DSP



Lorsqu'il s'agit d'une impossibilité, le motif le plus fréquent est l'existence d'une ou plusieurs contre-indications (dans 39,0% des cas d'impossibilité). La deuxième cause la plus évoquée est l'impossibilité de donner par absence d'information durant la grossesse (26,5%). Quatorze femmes expriment un autre motif, dont 11 qui ont accouché le weekend en dehors des horaires de prélèvement. Les autres raisons évoquées sont diverses telles que l'absence de transmission à propos du DSP au changement d'équipe au bloc obstétrical, l'annulation de l'entretien avec la sage-femme responsable ou l'absence de celle-ci (or sa présence n'est pas nécessaire pour le prélèvement si toutes les démarches nécessaires ont été effectuées).

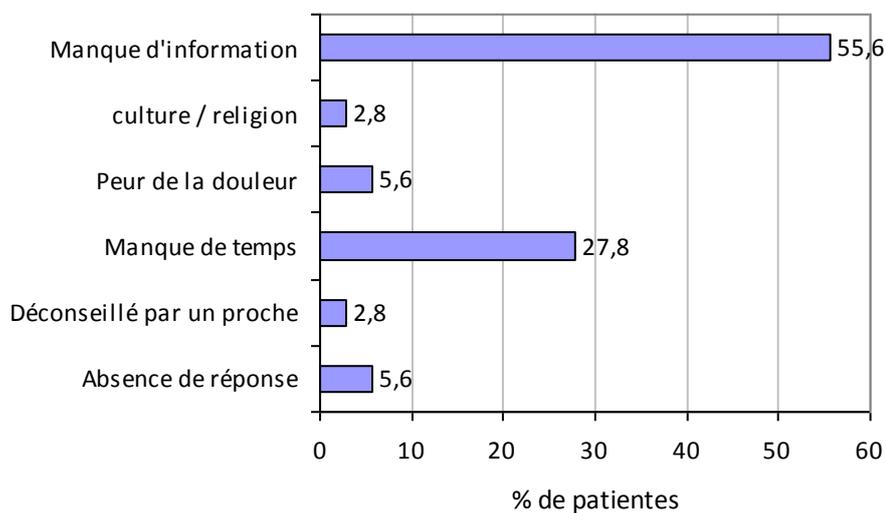
Parmi les contre-indications on retrouve :

- Conditions de travail / accouchement : 12 patientes
- Patientes atteintes d'une pathologie chronique : 20 patientes
- Patientes atteintes d'une pathologie gravidique : 10 patientes
- Patientes présentant des antécédents contre-indiquant le DSP : 7 patientes
- Conjoints atteints de pathologies : 4 patientes
- Enfant atteint de pathologies : 1 patiente

Certaines patientes présentaient plusieurs contre-indications.

3.3.3 Patientes ayant refusé le DSP

Figure 16: Motifs de refus du DSP



Les patientes ayant refusé le DSP évoquent, pour la plupart d'entre elles (55,6%), un manque d'information. Ce choix est également justifié, pour 27,8% des patientes, par un manque de temps quant au parcours pré-don, ne comprenant qu'un rendez-vous avec une sage-femme responsable du DSP. Très peu ont évoqué une raison culturelle ou religieuse, la peur de la douleur au moment de la ponction ou l'influence d'un proche.

3.4 Analyse des motifs et conséquences de l'acceptation ou refus du DSP

3.4.1 Patientes ayant effectué le DSP

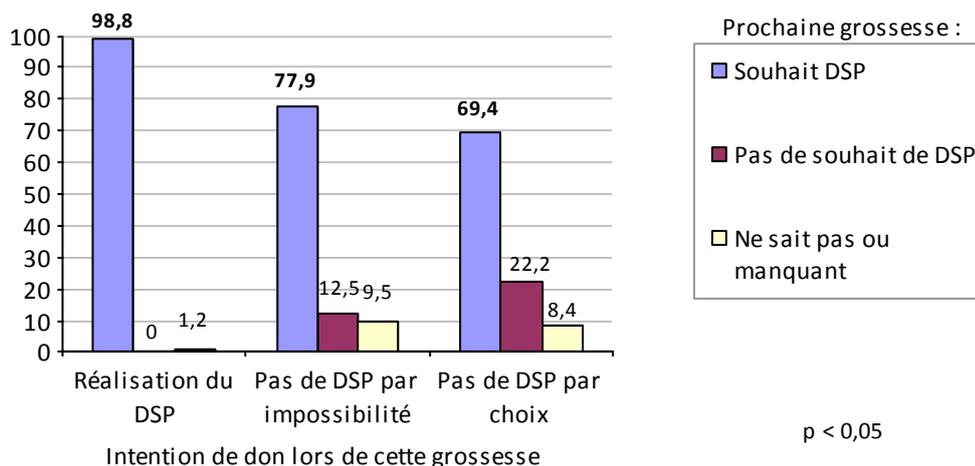
Dans le questionnaire destiné aux patientes ayant réalisé le don, il leur était demandé si la possibilité du DSP avait influencé le choix de la maternité. Il semblerait qu'il ne s'agisse pas d'un critère essentiel pour la majorité d'entre elles. En effet, seulement 2,4% des patientes déclarent que le DSP était un des critères d'éligibilité de la maternité.

Nous allons désormais nous intéresser aux patientes qui avaient déjà réalisé un DSP lors d'une précédente grossesse. Elles sont au nombre de 5, c'est-à-dire qu'elles représentent 2% des patientes ayant répondu à cette question. Parmi ces patientes, seulement une a renouvelé l'expérience du DSP. Trois d'entre elles n'ont pas pu l'effectuer en raison d'une impossibilité, trois motifs sont évoqués : l'absence d'information lors de cette grossesse, l'impossibilité d'assister à l'entretien préalable et un désir de don non réalisé sans que la patiente n'en sache la raison. La dernière des cinq patientes a volontairement choisi de ne pas l'effectuer, considérant qu'elle n'avait pas reçu assez d'informations lors de cette grossesse.

3.4.2 Eventualité d'un prochain don

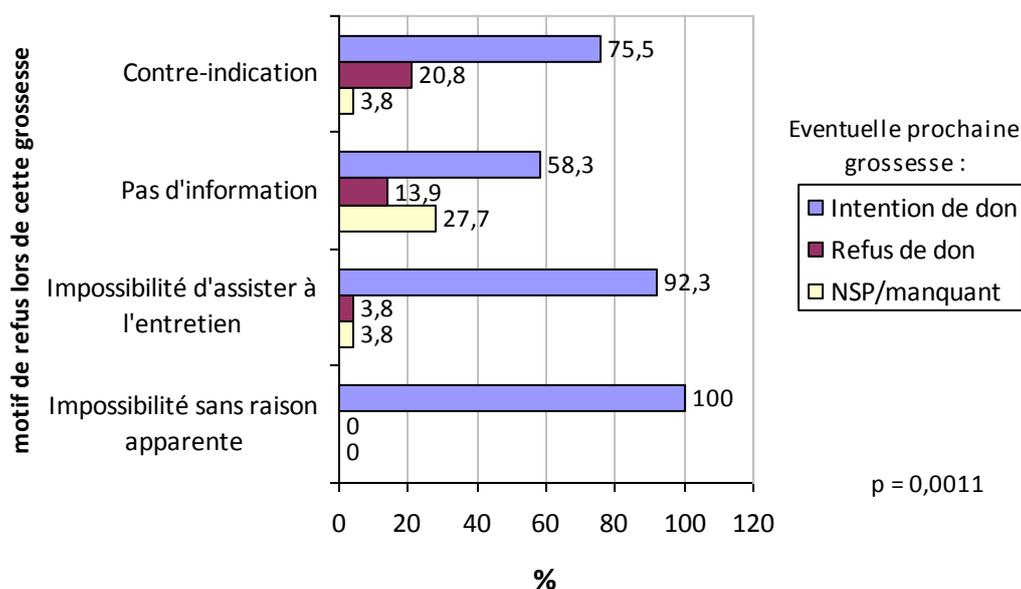
La question « souhaiteriez-vous effectuer un don de sang placentaire lors d'une éventuelle prochaine grossesse ? » était présente dans les deux types de questionnaires. Les réponses seront de nouveau classées en trois catégories, selon l'intention de don et sa réalisation.

Figure 17: Souhait d'un éventuel prochain don selon l'intention de don lors de la précédente grossesse



Les patientes ayant réalisé le DSP lors de cette grossesse accepteraient en grande majorité, d'effectuer à nouveau ce don lors d'une éventuelle prochaine grossesse, seule une patiente ne s'est pas prononcée. Concernant les parturientes qui n'ont pas donné par impossibilité, 77,9% accepteraient de donner lors d'un prochain accouchement contre 12,5% qui refuseraient. Elles sont également plus nombreuses à ne pas avoir répondu ou à ne pas savoir. Ces patientes avaient pourtant, à l'origine, l'intention de donner, le chiffre de 12,5% de refus pour une prochaine grossesse paraît donc surprenant. Or certaines ont précisé qu'elles répondaient par le refus car elles possèdent une contre-indication durable. Il s'avère en effet que 11 des 17 patientes (représentant les 12,5%) ayant refusé le don pour la prochaine grossesse présentaient une contre-indication lors de cette grossesse. Nous allons alors comparer les intentions de don en fonction du motif d'impossibilité.

Figure 18: Intention de don lors d'une prochaine grossesse en fonction du motif de refus

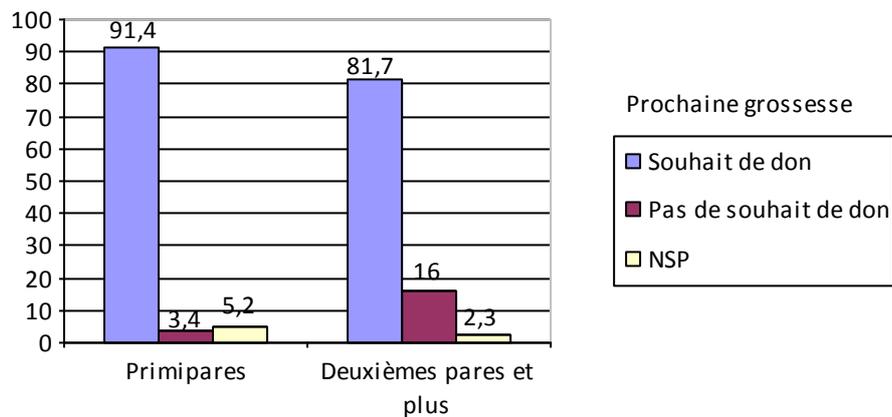


Ainsi nous constatons un taux plus élevé de refus de don de la part des patientes présentant une contre-indication ce qui confirme leur dires, il s'agit probablement de patientes ayant une contre-indication persistante. Les patientes n'ayant pas reçu d'informations sur le DSP durant leur grossesse sont plus réservées, avec un nombre plus important de non réponse. Les patientes n'ayant pu donner restent tout de même une majorité à souhaiter donner si l'occasion se représente.

Enfin, les patientes ayant refusé le DSP lors de cette grossesse sont 69,4% (c'est-à-dire 25 patientes) à avoir répondu en faveur d'un don lors d'une prochaine grossesse, tandis que 22,2% d'entre elles refuseraient de nouveau. Sur ces 25 patientes, 16 n'avaient pas effectué de DSP car elles estimaient de pas avoir reçu une information suffisante, et 9 car elles n'avaient pas pris le temps d'assister à l'entretien préalable. Notons que les femmes n'ayant pas effectué le don par choix et refusant le don pour une éventuelle prochaine grossesse sont au nombre de 7. Parmi elles, se retrouvent toutes les patientes ayant refusé le don pour des raisons culturelles ou religieuses, par peur de la douleur ou parce qu'un proche leur avait déconseillé. Les patientes ayant d'autres motifs de refus (manque de temps ou d'information) sont très peu représentées. Ainsi le choix en vue d'une hypothétique prochaine grossesse est fonction du motif du refus actuel. Les raisons motivant un refus strict ne sont pas celles retenues par la majorité des patientes et ne correspond qu'à 12,2% des motifs de choix de non don.

Cependant certaines patientes précisait sur leur questionnaire qu'elles n'envisageaient pas d'autres enfants. Or, nous ne pouvons pas évaluer précisément le nombre de patientes refusant car elles ne prévoient pas de nouvelle grossesse. Nous allons donc partir de l'hypothèse qu'une femme venant d'accoucher pour la première fois est plus susceptible de désirer d'autres enfants qu'une femme qui a déjà au moins deux enfants. Ainsi nous allons comparer le souhait pour une prochaine grossesse en fonction de la parité.

Figure 19: Souhait de don lors d'une future grossesse selon la parité



p = 0,0029

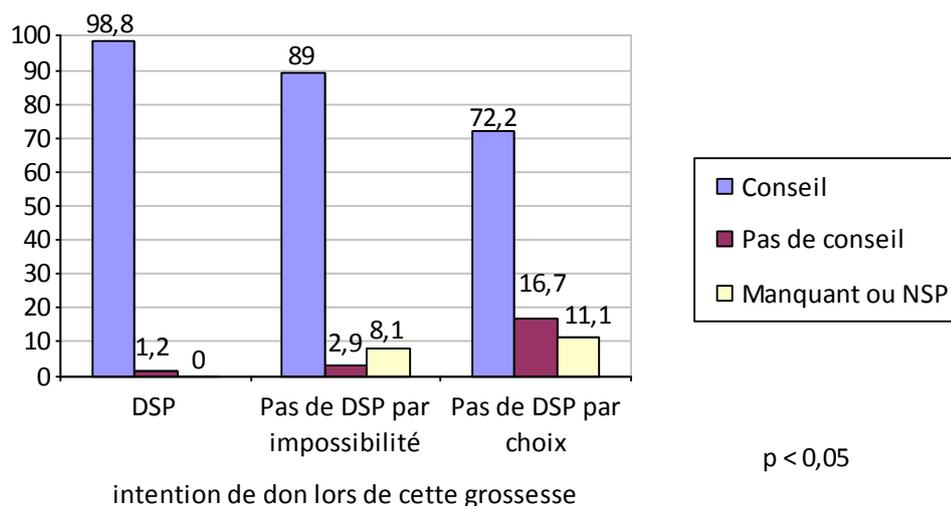
Les patientes primipares sont en effet plus favorables au don lors d'une prochaine grossesse que les patientes ayant une parité plus élevée qui refuseraient dans 16% des cas. Cela semble confirmer le fait que certaines patientes ont dit refuser le don car ne souhaitant pas de prochaine grossesse.

La différence de choix en vue d'une éventuelle prochaine grossesse est significativement différente selon la parité. En ne prenant pas en compte les réponses manquantes ou des patientes ne se prononçant pas, la différence reste significative.

3.4.3 Diffusion de l'information

Ainsi la majorité des patientes, quelque soit leur décision ou intention de don pour cette grossesse, seraient prêtes à donner lors d'un éventuel prochain accouchement. Dans la même approche, une question concernait le conseil du DSP à un proche attendant un enfant.

Figure 20 : Conseil du DSP à un proche selon l'intention de don



Les résultats sont proches de ceux obtenus à la question sur l'intention don lors d'une prochaine grossesse. Les patientes ayant réalisé le DSP le conseilleraient à un proche pour 98,8% d'entre elles contre 72,2% pour les patientes ne l'ayant pas réalisé par choix. Ces dernières sont les plus nombreuses à ne pas conseiller le don et à ne pas avoir répondu à la question. Les différences de résultats sont significatives, que les réponses manquantes soient prises ou non en compte.

3.4.4 Commentaires

A la fin du questionnaire, il était proposé aux patientes de laisser un commentaire afin d'exprimer ou de souligner certains points abordés ou non par l'enquête. Parmi les patientes ayant réalisé le DSP, plusieurs ont suggéré la proposition systématique du DSP pour chaque patiente accouchant à la Polyclinique de l'Atlantique tandis que d'autres déploraient le fait qu'il n'y ait pas plus de maternités habilitées à prélever le DSP.

Parmi les patientes ayant eu une impossibilité à donner, quelques unes se plaignaient du manque d'information quant au rendez-vous avec la sage-femme responsable du DSP déclarant que l'information n'était pas présente dans les documents mis à disposition. Il a également été relevé dans plusieurs questionnaires le regret de ne pas avoir pu faire le don en raison d'une information trop tardive (parfois le jour de l'accouchement). En ne prenant compte que les commentaires laissés par les patientes n'ayant pas eu la possibilité du don par absence d'information, 27,7% exprimaient un regret quant à ce manque d'information.

Le plus grand nombre de commentaires est laissé par les patientes n'ayant pas donné par choix. La plupart revendiquait un manque ou une mauvaise information de la part des professionnels, précisant parfois que le sujet avait été « survolé » ou qu'elles n'avaient pas été suffisamment sollicitées. En effet ces patientes considéraient qu'elles n'avaient pas à prendre d'initiatives ni à effectuer de démarches et que c'était aux professionnels les encourager étant donné qu'il s'agit d'un don dont elles ne retirent aucun bénéfice direct. Certaines expliquaient également que le rendez-vous avec la sage-femme était vu comme une contrainte supplémentaire, notamment lorsque leur domicile se situe à distance de la maternité. Enfin des patientes proposaient un entretien d'information systématique ou un abord obligatoire à l'entretien prénatal du 4^{ème} mois.

TROISIÈME PARTIE : Discussion

1. Analyse des résultats

L'analyse et la discussion des résultats s'articuleront autour des trois hypothèses préalablement émises au début de l'étude.

1.1 Des patientes motivées mais un volontariat soumis à conditions

1.1.1 Une motivation considérable des patientes

Motifs et commentaires des patientes ayant réalisé le DSP ou qui en avaient l'intention

Pour 96,5% des patientes ayant réalisé le don, il s'agissait d'un geste leur semblant naturel et répondant à une certaine logique de solidarité. Les résultats montrent que leur décision est personnelle et n'a pas été influencée par des proches. Les commentaires laissés dévoilent à quel point certaines se sentent touchées et impliquées dans ce don. Le fait de devenir parents peut jouer un rôle substantiel dans leur motivation, d'autant plus que le sang de cordon est souvent utilisé comme thérapeutique chez des enfants. Toujours est-il que ces patientes n'ont laissé que des commentaires positifs en lien avec cette expérience. Ils reflètent l'importance qu'elles attachent au mouvement de solidarité. Aucune ne commente son propre don ou parcours, mais elles soulèvent le fait que plus de femmes pourraient l'effectuer, allant jusqu'à émettre des propositions en vue d'augmenter le nombre de dons. Certains commentaires poussent le principe à un point extrême, proposant un prélèvement systématique lors de l'accouchement de chaque patiente sans recueil de consentement préalable, ce qui est bien sur contraire aux principes constitutionnels d'inviolabilité du corps humain. Néanmoins cela met en évidence le principe de solidarité du don, valeur forte de notre société, devenant un devoir aux yeux de certains, relevant alors du domaine du « normal » excluant et culpabilisant les personnes ne participant pas à ce mouvement. Ces commentaires restent extrêmes et non représentatifs de la majorité mais témoignent de l'engagement relatif au DSP de ces patientes.

Choix dans l'hypothèse d'une prochaine grossesse et diffusion de l'information

Quant aux femmes n'ayant reçu aucune information à ce sujet, plus d'un quart d'entre elles ont laissé un commentaire exprimant leur regret relatif au manque d'information. Notons que parmi la totalité des questionnaires 11,6% des patientes ont laissé un commentaire contre 27,7% pour les femmes n'ayant pas été informée, ce qui révèle l'ampleur de la déception communiquée par ces patientes. À la question sur la possibilité d'un don lors d'une éventuelle prochaine grossesse, 60% accepteraient tout de même le DSP malgré la brièveté de l'information reçue lors de la distribution des questionnaires ce qui souligne une nouvelle fois l'esprit de volontariat des patientes. Toutefois 20% des patientes ne se prononcent pas et sont vraisemblablement en attente d'informations supplémentaires afin de pouvoir prendre une décision, tandis que 20% affirment qu'elles refuseraient le don. Ce taux est bien plus élevé que chez les femmes informées et notons que cette réponse correspond à un refus strict non soumis à conditions. Les patientes n'ayant pas eu connaissance du DSP au cours de cette grossesse sont alors relativement peu informées à l'instant où elles remplissent le questionnaire, ainsi le taux plus élevé de refus nous montre qu'une information incomplète est nuisible au choix des patientes. D'où l'importance d'une information claire et complète lors des consultations.

Concernant les femmes informées, il paraît cohérent qu'elles soient plus nombreuses à accepter ce potentiel futur don (88,8%). Néanmoins, malgré l'information, 12% refusent ou ne se prononcent pas en vue d'un don lors d'une prochaine grossesse. Ces 12% comprennent cependant les patientes présentant une contre-indication durable et celles ne souhaitant pas de prochaine grossesse, ce qui n'est pas en lien avec l'intention de don et ne traduit en rien un manque de motivation.

À la question relative au conseil du don à l'entourage, certaines patientes ont été gênées par le terme « conseiller » exprimant une notion d'influence sur l'orientation du choix de la personne. Or il s'agit d'un don de soi, la décision doit donc être personnelle et non suggérée par l'entourage. Il est délicat pour une patiente n'ayant pas réalisé le don de le conseiller, surtout si elle culpabilise de ne pas l'avoir effectué. De même, les patientes n'ayant pas été informée convenablement ou pas du tout auront quelques difficultés à prodiguer des conseils sur un sujet qu'elles ne maîtrisent guère. Nous remarquons cependant qu'il y a un nombre plus important de patientes acceptant de le conseiller à leur entourage que de patientes acceptant de le réaliser elles-mêmes lors d'une prochaine grossesse. Ainsi, en en parlant autour d'elles, elles montrent qu'elles ne remettent pas en question le bien fondé du geste et que leur décision reste personnelle. Leur refus ou leur impossibilité à donner ne les empêche pas de participer au DSP à leur manière, en diffusant l'information à leur entourage.

Quelque fut leur intention de don lors de cette grossesse, la majorité des patientes expriment, de manières différentes, leur désir de participation à cet acte de solidarité.

1.1.2 Une motivation ne pouvant s'exprimer que sous réserve d'une information jugée convenable

Relativité du refus au DSP

Parmi les patientes informées du DSP lors de leur grossesse, 85% ont eu l'intention de donner que cela soit réalisable ou non. Or à la question du don lors d'une potentielle prochaine grossesse, 88% des femmes donneraient leur accord. Il se trouve que quelque soit l'intention de don, la majorité des patientes y consentiraient à l'avenir. Parmi les patientes ayant réalisé le DSP, aucune ne refuseraient de réitérer leur choix lors d'une éventuelle prochaine grossesse. Tandis que certaines ont changé d'avis, en effet des patientes accepteraient après un refus lors de cette grossesse. Ces dernières avaient évoqué les motifs du manque de temps ou d'information. Ainsi il ne s'agit pas d'une réelle opposition au don mais plutôt de négligence de leur part. Elles sont toutefois prêtes à donner mais il faut les solliciter, les soutenir, trouver des arrangements, des compromis quant au rendez-vous supplémentaire et il faut que ce soit le professionnel qui aborde le sujet. Cependant tout cela n'est pas toujours possible en raison du planning chargé des médecins mais également de la sage-femme responsable. Quant aux patientes dont le motif était le manque d'information elles seraient alors désormais prêtes à donner sans avoir reçu d'informations supplémentaires. Si nous regardons les moyens par lesquels elles ont été informées, seule l'une d'entre elles a bénéficié d'une information par un professionnel de santé. Cela nous montre que ces patientes étaient volontaires pour le don, à condition qu'un professionnel le leur propose afin qu'elles acceptent.

Cette même situation est retrouvée avec les patientes ayant déjà réalisé le DSP lors d'une précédente grossesse. Ces dernières représentent des candidates idéales au don. Elles en connaissent le principe et le déroulement, y sont favorables, et n'ont à priori aucune raison de ne pas renouveler l'expérience lors de cette grossesse d'autant plus que, d'après leur réponses, toutes consentiraient au don lors d'une éventuelle prochaine grossesse. Or deux de ces patientes (sur cinq) n'ont pas donné en justifiant leur choix par un manque d'information. Cela paraît surprenant, il est donc concevable que le don ne leur ait pas été proposé voire n'ait pas été abordé lors de cette grossesse. Ainsi, sans implication de la part du professionnel, la patiente sera moins disposée à s'impliquer elle-même dans cette cause.

Dans leurs commentaires, les patientes n'ayant pas donné par choix n'hésitent pas à exprimer leur mécontentement quant à l'information reçue. Globalement, il ressort que les patientes attendaient plus de la part des professionnels, ceci aussi bien en terme de qualité que de quantité d'information. Tout comme les parturientes ayant réalisé le don, certaines proposent une information systématique des patientes accouchant à la Polyclinique de l'Atlantique. Ce qui souligne leur désir d'implication à ce sujet et laisse sous entendre qu'elles auraient accepté le don sous réserve d'information.

1.1.3 Une attente trop grande des patientes envers les professionnels de santé ?

Information relative à l'entretien préalable au don

Un des problèmes soulevé dans les commentaires des patientes n'ayant pas réalisé le don était le manque d'information concernant le rendez-vous spécifique avec une sage-femme responsable, beaucoup précisaient que cela n'était inscrit nulle part dans les documents d'information. Or en lisant attentivement les documents mis à leur disposition, nous remarquons la mention d'un entretien préalable et nécessaire au don. En effet dans le prospectus et la fiche présente dans le livret d'accueil il est noté : « ce don sera possible avec votre consentement signé et après un entretien avec un médecin ou une sage-femme qui posera des questions vous concernant ainsi que vos proches. » Cependant, pour une personne n'ayant aucune connaissance du parcours, il se peut que cette information soit jugée insuffisante. La patiente peut en déduire que l'entretien se déroule lors d'une consultation de « routine » ou a lieu à l'entrée en salle de naissance. Il faut spécifier que ces documents sont fournis par l'EFS et sont donc communs à toutes les maternités habilitées au DSP. Or d'une maternité à l'autre l'organisation du parcours pré-don et du don peut être amenée à varier. Dans certaines maternités l'entretien est effectivement réalisé lors de l'arrivée en salle de naissance. Le moment précis de l'entretien et le délai de prise de rendez-vous ne peut alors être précisé sur les documents. Soit les patientes n'avaient pas lu attentivement, soit elles avaient mal interprétées les informations. C'est pourquoi il est précisé sur chaque document de manière visible « parlez-en à votre gynécologue ou à votre sage-femme » afin que l'information puisse être correctement complétée. Ainsi lorsqu'une patiente n'évoque pas le sujet il revient au professionnel de santé, s'il le souhaite, d'aborder le sujet dans les délais afin que la patiente puisse y réfléchir et prendre le rendez-vous en vue de l'entretien.

Patientes ayant refusé le don par manque d'information

Parmi les patientes n'ayant pas donné par choix, 88,9% avaient connaissance de la possibilité du DSP mais la majorité n'a pas effectué les démarches nécessaires à sa réalisation. Il n'en demeure pas moins qu'un certain nombre d'entre elles n'étaient pas opposées au don. 55,6% évoquent un manque d'information, relatant un abord rapide du sujet sans réellement de proposition en vue d'effectuer ce don. Les patientes comptent sur les médecins car il s'agit d'un sujet d'ordre médical, elles se laissent alors guider sans faire l'effort d'en parler. Elles attendent du médecin qu'il leur explique en détail et leur demande clairement leur choix.

Un des autres motifs de refus est la peur de la douleur (représentant 5,6% des motifs de refus), cette hantise chez certaines patientes révèle qu'elles ont reçu une information suffisante pour savoir qu'il s'agissait d'une ponction mais trop peu complète pour vaincre des craintes infondées. Soit il n'y a pas eu de véritable échange à ce sujet entre la patiente et un professionnel de santé, soit la patiente n'a pas osé poser ses questions. Il se peut également qu'en raison de cette crainte la patiente n'ait pas pris la peine d'en parler au médecin, or il est précisé dans les prospectus et fiches d'information que malgré la ponction il s'agit d'un acte totalement indolore pour la mère et pour l'enfant. Ces patientes se sont donc arrêtées sur leur idée de douleur sans réellement chercher de renseignements supplémentaires.

Satisfaction relative à l'information

15,1% des patientes ont déclarées ne pas être satisfaites de l'information provenant d'un professionnel de santé, nous sommes alors en mesure de nous interroger sur l'origine de leur mécontentement, s'agit-il d'un défaut de qualité ou de quantité d'information ? Un défaut de qualité d'information peut se traduire par un professionnel n'ayant pas su aborder le sujet de la manière dont espérait la patiente. Si il n'a pas su être persuasif afin de la convaincre du bien fondé et de la non nuisance de ce geste ou si il n'a pas su lui transmettre le message approprié. La motivation du professionnel de santé est un élément essentiel dans le processus d'implication de la patiente. Une autre explication possible est un manque de temps. En effet lors de leur journée de consultation, les médecins peuvent être appelés à tout moment si une de leur patiente est présente en salle de naissance. Le retard risque alors de s'accumuler au fil de la journée et de nuire à la qualité de l'information relative au DSP étant donné que cela ne représente pas un élément de la surveillance du bon déroulement de la grossesse, et ne relève pas d'une obligation pour le médecin.

La quantité d'information donnée peut également s'en trouver réduite. Avec le peu de temps disponible, le médecin ne peut se permettre de s'étendre sur le sujet, il doit alors cibler les informations essentielles en sachant que l'ensemble des informations nécessaires seront donnés lors de l'entretien avec la sage-femme. Cette insatisfaction en lien avec la quantité d'information signifie que la patiente n'a pas reçu toutes les réponses souhaitées mais également qu'elle n'a pas osé poser les questions qu'elle voulait. Cela peut être dû au retard et à l'empressement du professionnel de santé qui s'est éventuellement fait ressentir lors de la consultation ou à un défaut de proximité entre le professionnel et le patient. Or si la patiente n'ose pas poser de question à ce sujet, il est légitime de se demander si elle osera lorsqu'il s'agira de sujets essentiels concernant la grossesse ou l'accouchement par exemple. Ainsi il est primordial que les patientes soient mises en confiance pour éviter ce type de situation et ceci pour toute consultation, l'échange entre le professionnel et le patient ne doit pas être à sens unique.

1.1.4 De nombreux efforts réalisés pour une information dans de bonnes conditions

Les patientes se déclarant insatisfaites de l'information ne représentent pas la majorité. Ainsi 84,9% des patientes ont jugé l'information reçue satisfaisante. Le moyen d'information ayant suscité la plus grande satisfaction des patientes est l'information par un médecin de la Polyclinique.

15% des patientes déclarent cependant n'avoir reçu aucune information relative au DSP durant leur grossesse. Pourtant, tout est mis en œuvre au sein de la Polyclinique pour que chaque patiente ait connaissance du DSP quand bien même l'information ne proviendrait pas d'un professionnel de santé. Cela signifie qu'elles n'ont pas remarqué les affiches, ne se sont pas intéressées aux prospectus et n'ont pas pris le temps de se préoccuper des documents présents dans le livret d'accueil. Cette inattention de leur part peut s'expliquer par la masse d'informations qu'elles reçoivent de toute part, notamment publicitaires. Elles se voient alors contraintes de sélectionner ce qu'il leur paraît important et intéressant. C'est à ce moment que l'information sur le DSP peut passer inaperçue ou alors être sélectionnée puis oubliée aux profits d'autres informations préoccupant davantage la patiente.

Ainsi l'information est un des facteurs primant dans le choix des patientes. Les professionnels, s'ils souhaitent participer activement au DSP, doivent s'appliquer à informer correctement et dans les meilleures conditions possibles chaque patiente vue en consultation en vue d'un accouchement au sein de la Polyclinique.

1.2 Une information trop tardive

1.2.1 Constat : une information souvent tardive car inhérente à la PCA

65% des patientes informées ont eu connaissance du DSP lors d'une consultation de suivi de grossesse. Cela paraît cohérent étant donné qu'il s'agit d'un moment d'échange privilégié avec un professionnel de santé, notamment de la Polyclinique. Quelque soit le professionnel suivant la grossesse, les patientes auront nécessairement une consultation avec un des médecins exerçant au sein de la Polyclinique. Elles seront alors fortement susceptibles de recevoir une information relative au DSP, que ce soit par un des professionnels (médecin, sage-femme ou secrétaire) ou par les affiches et prospectus présents en grand nombre dans les locaux de la maternité. En effet parmi les patientes informées du DSP, 40% avaient remarqué la présence de ces affiches et prospectus qui permettent alors une première approche du sujet.

L'information et la préparation à la naissance et à la parentalité

Les sages-femmes représentent également un des vecteurs non négligeable de l'information. Au sein de la Polyclinique, l'information par les sages-femmes peut avoir lieu au décours de la préparation à la naissance ou lors de consultations particulières de suivi rapproché. Cependant ces sages-femmes peuvent également exercer en dehors de la maternité et en informées leurs patientes. Notons que les femmes ayant participé à des cours de préparation à la naissance sont plus nombreuses à avoir été informées du DSP (93,8% contre 63,3% sans les cours).

Les sages-femmes dispensant les cours de préparation à la naissance et à la parentalité au sein de la Polyclinique de l'Atlantique peuvent, plus aisément que des sages-femmes extérieures, aborder le DSP. Tout d'abord parce qu'elles maîtrisent le sujet, elles l'expliquent régulièrement, connaissent le déroulement ainsi que les personnes qui en sont responsables. Ensuite parce que les femmes assistant à leur cours accoucheront, en majorité, à la Polyclinique, elles représentent alors toutes des candidates potentielles au DSP. Pour les sages-femmes dispensant des cours en dehors du cadre de la Polyclinique, l'abord du sujet est intéressant mais reste délicat. En effet, les femmes qui se porteraient volontaires pour le don, mais n'accouchant pas à la Polyclinique, se verraient refuser la possibilité du DSP. L'approche du DSP lors d'un cours pourrait également être perçue comme de la promotion à l'égard de la Polyclinique de l'Atlantique bien que la finalité soit seulement de promouvoir le DSP pour les patientes déjà décidées à y accoucher. Néanmoins le fait d'en informer des femmes extérieures à la Polyclinique est bénéfique à la diffusion de l'information, permettant de mieux faire connaître cette possibilité.

Influence sur le choix du lieu d'accouchement

Concernant les moyens d'information, nous nous apercevons alors que les trois principaux sont en lien avec la Polyclinique de l'Atlantique. Il se trouve en effet que le DSP n'est pas un acte très répandu et n'est possible en Loire-Atlantique que depuis peu et dans une seule maternité. Ainsi l'information provenant de l'extérieur des maternités habilitées est limitée, cela ne visant qu'une petite partie de la population, les médias l'abordent peu. Il en résulte un moindre effet du bouche à oreille. Une information extérieure pourrait également inciter certaines patientes concernant leur choix de la maternité d'accouchement. Il était demandé aux patientes ayant réalisé le don si la possibilité du DSP avait eu une influence sur le choix de la maternité, ce qui n'était pas le cas pour 97,6% d'entre elles. Il est concevable que la possibilité du don n'ait pas eu d'influence car d'autres critères plus importants primaient. Une autre explication possible est la méconnaissance du DSP au moment du choix de la maternité. En effet, aucune question n'évaluait leur connaissance du DSP avant la grossesse. Cela soulève de nouveau l'importance de l'information en dehors de la Polyclinique.

Peu d'information par les professionnels extérieurs à la Polyclinique

L'information du DSP peut être transmise par des professionnels de santé extérieurs à la maternité, d'autant plus lorsqu'ils suivent des patientes susceptibles d'y accoucher. Néanmoins, nous remarquons que les médecins généralistes et gynécologues libéraux exerçant à l'extérieur de la Polyclinique ont très peu transmis l'information aux patientes interrogées (seulement 0,5%). Notons que cela n'intéresse qu'une minorité de leur patientes étant donné que toutes n'accoucheront pas à la Polyclinique de l'Atlantique. De plus, le DSP ne les concerne pas directement car il s'agit d'un acte de l'accouchement, moment auquel ils ne seront pas présents. En vue de pallier à ce manque d'information extérieure, les médecins exerçant à proximité de la Polyclinique de l'Atlantique ont reçu une lettre d'information relative au DSP leur permettant de prendre connaissance du principe. Toutefois, ils ne pourront répondre à l'ensemble des questions de leur patientes concernant les détails et le déroulement pratique du DSP. D'autant plus leur activité n'est pas uniquement basée sur l'obstétrique, il est alors compréhensible que le DSP ne constitue pas une préoccupation essentielle lors des consultations de suivi.

Ainsi les moyens d'information les plus efficaces sont ceux inhérents à la Polyclinique. L'information cible directement la population concernée et sous plusieurs formes afin que la majorité des patientes aient connaissance de la possibilité du DSP. Cependant cela occasionne une perte de chances au détriment des femmes suivies à l'extérieur. Lorsqu'elles arrivent à la Polyclinique au 8ème mois, il est déjà temps de prendre rendez-vous pour l'entretien pré-don sans qu'elles aient réellement eu le temps d'assimiler l'information. Il serait donc bénéfique de développer l'information à l'extérieur de la Polyclinique de l'Atlantique en vue d'un abord plus précoce.

1.2.2 Une information précoce est-elle réellement bénéfique ?

Une patiente interrogée sur dix a reçu une information précoce, au moment de l'entretien prénatal du 4^{ème} mois. L'information du couple n'engage en rien une prise de décision, le DSP est seulement abordé afin qu'ils puissent prendre le temps nécessaire pour y réfléchir. Cela peut permettre à la patiente de se renseigner par ses propres moyens ou de demander conseil à des personnes extérieures si elle le souhaite. Ces patientes sont celles ayant eu le temps de réflexion le plus long et les trois quarts n'ont pas réalisé le don par choix, à l'inverse des patientes informées au cours d'une consultation ou de la préparation à la naissance. Cette information peut être considérée comme précoce étant donné qu'elles n'auront pas à se préoccuper du DSP avant le 8^{ème} mois, au moment de prendre le rendez-vous pour l'entretien avec la sage-femme responsable. L'accouchement n'est pas un sujet principalement évoqué lors de l'entretien du 4^{ème} mois car cela risquerait de constituer un surplus d'informations dont elles ne pourront pas tout retenir. Il en est de même pour le DSP, si le sujet n'est pas de nouveau abordé en fin de grossesse, il est vraisemblable et compréhensible que la patiente n'y repense pas d'elle-même.

Concernant les patientes ayant pris du temps pour réfléchir, de l'ordre d'une semaine à plusieurs mois, nous pouvons nous interroger sur la réelle utilisation de ce temps. A-t-il permis de peser le pour et le contre en vue de résoudre une véritable hésitation ou la patiente a-t-elle repoussé la prise de décision à plus tard ? D'autant plus qu'il peut y avoir un laps de temps entre le moment de la 1^{ère} information et le moment d'une information claire et complète. Le délai de réflexion peut s'en retrouver allongé car la patiente ne peut prendre de décision tant qu'elle n'a pas tous les éléments nécessaires pour entamer une réelle réflexion, si celle-ci s'avère nécessaire.

En considérant seulement les patientes s'étant décidées dans la journée, la semaine ou le mois suivant l'information, nous remarquons que plus le délai de réflexion est long, moins il y a de femmes optant pour le DSP. Cela marque une véritable réflexion, une hésitation, en supposant que plus le délai est long plus l'hésitation est intense, d'où un écart plus important entre le pourcentage de femmes acceptant et refusant le DSP. Cependant les patientes ayant pris une décision au bout de plusieurs mois ne suivent pas cette tendance, en choisissant, pour les trois quarts, de réaliser le don. Cela semble confirmer le fait qu'ayant été informées tôt dans la grossesse, elles n'ont fait que repousser la prise de décision étant donné qu'elles pouvaient se le permettre. Tandis que pour les patientes n'ayant pas effectué le don après une réflexion de plusieurs mois, il est probable qu'elles aient fait abstraction du don pour y repenser plus tard mais que leur décision ne leur a pas été demandée et que les patientes, ayant d'autres priorités, ont tout simplement oublié.

Dès lors l'abord précoce du sujet ne semble pas le choix le plus judicieux dans le sens où il ne s'agit que de prémices d'information et qu'il faudra de nouveau aborder le sujet plus en détails en fin de grossesse lorsqu'il sera temps d'entreprendre les démarches. Toutefois cela reste discutable étant donné qu'il est important de considérer le temps de réflexion nécessaire aux couples.

1.2.3 Les conséquences d'une information tardive

Nous considérerons comme information tardive toutes les patientes ayant bénéficié d'une information lors des cours de préparation à la naissance et lors des consultations. Bien qu'il ne soit pas précisé à quel moment ont lieu les consultations, les professionnels ont d'ordinaire plus tendance à aborder le DSP lorsque que l'accouchement est évoqué, et toutes les patientes suivies préalablement à l'extérieures sont, selon toute vraisemblance, informées lors des consultations de fin de grossesse.

Patientes informées lors des cours de préparation à la naissance

Parmi les patientes informées lors des cours de préparation à la naissance, une sur cinq n'a pas réalisé le DSP. L'information est transmise à la fin du cours, après une multitude d'autres informations diverses. Une plaquette d'information est distribuée aux patientes qui le souhaitent, il leur est expliqué la nécessité de l'entretien pré-don et il leur est communiqué le numéro de téléphone des sages-femmes responsables. Cependant, c'est à la patiente qu'il revient d'effectuer les démarches nécessaires à la réalisation du DSP, quand bien même cela ne consiste qu'à en parler avec un professionnel de santé et à prendre un rendez-vous supplémentaire en vue de l'entretien. Les femmes qui n'ont pas accompli les démarches alors qu'elles ont bénéficié de l'information sont considérées comme n'ayant pas réalisé le don par choix. Cela ne traduit en rien leur intention initiale, mais par leur non action elles ont choisi de ne pas l'effectuer.

Question de l'abord du sujet par la patiente

Dans les commentaires laissés par les patientes, celles ayant du aborder le sujet elles-mêmes auprès d'un professionnel de santé exprimaient leur mécontentement. Bien qu'elles aient tout de même eu un échange à ce sujet avec un professionnel, elles soulignent leur contrariété de se sentir plus impliquées que leur médecin alors qu'il est de leur ressort de promouvoir le DSP tandis que les patientes n'ont qu'un pouvoir d'action limité pour en permettre le développement. Leurs commentaires laissent présumer qu'elles considèrent l'information sur le DSP comme un devoir du médecin envers la patiente. Notons que les médecins ne sont pas soumis à l'obligation d'en informer les patientes, ils sont libres de choisir de communiquer ou non l'information.

Une information plus que tardive en salle de naissance

Certaines patientes précisait avoir reçu l'information le jour de leur entrée en salle de naissance, il est alors légitime de se demander par qui a été abordé le sujet. Il se peut qu'il ait été évoqué par le couple lors de son entrée à la maternité, notamment s'il y a eu une incompréhension quant à l'entretien spécifique et que la patiente en a déduit que la demande de candidature s'effectuait une fois au bloc obstétrical. Dans cette situation la patiente y a déjà réfléchi, a pris sa décision et a le projet de donner. Il se peut alors, sous réserve de disponibilité de la sage-femme responsable du DSP, que celle-ci réalise l'entretien en salle de travail afin de permettre le prélèvement. En revanche, si le sujet a été évoqué par un professionnel de santé, cela ne laisse que peu de temps de réflexion au couple, d'autant plus que le contexte émotionnel entourant la naissance n'est pas toujours propice à la réflexion et à la prise de décision. Ainsi l'information dans ces circonstances n'a que peu d'intérêt étant donné que, sauf exception, le don ne sera pas réalisable. Ces demandes en salle de naissance traduisent le fait que des patientes désirant réaliser un DSP ne le signalent pas à un professionnel de santé de la Polyclinique et attendent le « dernier moment » pour faire part de leur intention ce qui constitue un obstacle majeur à la réalisation du don.

Patientes informées lors de consultations

Les patientes ayant reçu l'information au décours d'une consultation sont les plus nombreuses à avoir souhaité le DSP (pour 94,4% d'entre elles). Il s'avère que la consultation n'est pas seulement un temps d'information mais également un temps de décision et de concrétisation du projet de DSP. En effet le professionnel qui a accès au dossier peut en dégager des contre-indications, réalisant une présélection, il peut également y préciser l'intention du couple. Si la patiente aspire au DSP, il peut la rediriger vers une secrétaire en vue de réserver immédiatement un créneau pour l'entretien avec la sage-femme responsable, engageant véritablement la patiente dans les démarches en vue du don. Notons que les patientes peuvent elles-mêmes prendre le rendez-vous par téléphone, par conséquent il semblerait qu'elles préfèrent être accompagnées dans ces démarches. Ainsi ce sont parmi les femmes informées lors d'une consultation qu'il y a le plus fort taux de décisions immédiates c'est-à-dire dans la journée (pour 84,8% d'entre elles).

Utilisation du temps de réflexion

Plus d'une patiente informée sur deux n'a pas eu besoin d'un temps de réflexion et s'est décidée très rapidement c'est-à-dire le jour même de l'information. Dès lors il semble que leur décision était de l'ordre de l'évidence. Cependant, il se pourrait également que ce temps de réflexion n'ait pas été accordé à la patiente. Dans l'éventualité où le professionnel demande instantanément une réponse par exemple, ou si peu de créneaux sont disponibles pour l'entretien préalable. Le couple doit alors décider sur l'instant de prendre ou non rendez-vous. Le fait de prendre ce rendez-vous laisse à penser que la patiente exprime la volonté de donner car elle rentre alors dans la démarche du DSP. Or cet entretien a également un objectif d'information, notamment si la patiente hésite, qu'elle ait au préalable reçu ou non des informations de la part de son médecin. Ce temps d'échange peut lui permettre de recevoir de plus amples informations et de répondre à ses éventuelles questions étant donné que l'entretien est dédié à ce sujet. Seulement, en prenant rendez-vous les patientes n'osent sans doute pas refuser, ce qui se résoudrait à « faire perdre son temps » à la sage-femme. C'est en effet lors de cet entretien qu'il est demandé au couple de prendre une décision et selon, de signer le consentement. Toutefois il ne s'agit pas d'une décision définitive, la patiente peut se rétracter à tout moment. Il est également important de le préciser lors de l'information par le médecin et d'expliquer à la patiente qu'elle a le droit de refuser.

Nous remarquons que les patientes ayant pris spontanément leur décision, c'est-à-dire le jour même, sont une large majorité (94,3%) à avoir l'intention de donner. Ainsi très peu de patientes refusent catégoriquement le don. Notons également qu'une partie des patientes nécessite un temps plus ou moins long de réflexion qu'il faut respecter même si cela amène un nombre moindre d'autorisations de don. Le DSP est une décision personnelle et chacune des patientes a ses raisons d'accepter ou de refuser, il est regrettable qu'une patiente hésitant se sente contrainte de consentir. Il faut rappeler que le don est un acte volontaire et que la patiente ne sera pas jugée sur sa décision, même si celle-ci ne correspond pas aux critères sociétaux de solidarité, ce n'en est pas de l'égoïsme pour autant. Ainsi, lors de l'information du DSP il est important de lui rappeler qu'elle est seule maîtresse et totalement libre de choisir ce qui lui convient au mieux.

Conclusion

En reconsidérant l'hypothèse de départ qui était qu'une information tardive empêchait un certain nombre de patientes de donner, il s'avère en effet que la majorité des patientes sont informées dans le dernier trimestre de leur grossesse. Une information dans le dernier mois de la grossesse voire à l'accouchement constitue effectivement un obstacle au don, ne leur permettant pas d'assister à l'entretien. Cela ne représente pas la majorité, et les patientes qui ont la possibilité d'effectuer ce don acceptent pour beaucoup, cependant elles n'ont qu'un temps de réflexion très limité. Une information précoce est donc éthiquement plus correcte même si le nombre de don s'en retrouve diminué.

1.3 Influence de divers facteurs sur le choix des patientes

1.3.1 Mise en jeu de facteurs intrinsèques

La comparaison des populations selon leur intention de don permet de mettre en évidence leur similitude. Ainsi les caractéristiques propres à chaque patiente, tant leur personnalité que leur environnement, n'ont que peu d'influence sur leur décision. Cela est d'autant plus vrai que les patientes donnant leur sang sont réparties uniformément dans les deux populations, ce qui est tout à fait surprenant étant donné que le geste diffère mais que le principe reste le même. Or si nous nous intéressons plus attentivement aux patientes donnant fréquemment leur sang et ayant refusé le DSP, il s'avère que toutes déclarent le manque d'information comme motif principal de leur choix. Elles ont délibérément choisi de ne pas donner considérant qu'elles n'avaient pas été correctement informées. Cela ne remet pas en question leur motivation et leur esprit de solidarité car donner son sang régulièrement demande plus d'effort et de sacrifices aux patientes que le DSP.

Il paraît également surprenant que le taux de patientes informées soit similaire dans les deux populations. En effet les femmes n'ayant pu réaliser le don en raison de l'absence totale d'information à ce sujet sont considérées dans l'étude comme n'ayant pas donné par impossibilité, elles font donc partie de la population avec l'intention de don. Il devrait donc exister une différence significative entre les deux populations, étant donné que les femmes ayant refusé le don sont toutes censées avoir été informées. Ce n'est toutefois pas le cas, la population ayant choisi de ne pas donner ne comprend qu'un nombre réduit de patientes, ainsi il suffit de quelques réponses erronées pour fausser les résultats. Il se trouve en effet que quelques patientes ont déclaré ne pas avoir connaissance du DSP mais ne pas l'avoir effectué par choix en raison d'un manque de temps ou d'un manque d'information (et non d'une absence).

Ainsi cette comparaison nous oriente sur les facteurs ayant un impact quant au choix du don. En effet si le choix n'est pas influencé par un facteur inhérent à la patiente ou son environnement, il semblerait alors que sa décision soit conditionnée par des éléments propres au déroulement de la grossesse.

1.3.2 Contrainte du parcours pré-don

Le parcours pré-don ne comprend qu'un seul et unique rendez-vous avec une sage-femme, or ce dernier peut être perçu comme une contrainte par certaines patientes. En effet 27,8% des patientes ayant refusé le don évoquent le manque de temps quant au parcours préalable. Or l'entretien est censé être programmé aux alentours de la 37^{ème} semaine d'aménorrhée, ainsi les patientes sont normalement en congé maternité et le manque de temps paraît peu probable. Cela peut s'entendre lorsque les patientes ont un suivi rapproché de grossesse et sont contraintes par des rendez-vous réguliers, or quelque soit le motif du suivi rapproché il risque de représenter une contre-indication au don. Il se peut également que les patientes habitent à distance de la maternité et ne souhaitent pas effectuer un trajet pour une consultation non obligatoire. Cependant il paraîtrait que la majorité n'ait simplement pas pris le temps, considérant que cet entretien facultatif représentait une trop grande contrainte.

Dans certains cas, il arrive que cet entretien soit annulé ou que la patiente ne puisse obtenir de rendez-vous en raison d'un planning surchargé. Bien qu'un temps plein de sage-femme y soit consacré, la sage-femme doit également être présente en salle de naissance lors de chaque envoi de caissons de sang placentaire ainsi qu'en suites de couches pour annoncer le résultat de conformité aux parturientes. De plus, malgré le fait que le planning soit complet la majorité du temps, il est fréquent que des patientes ne se présentent pas à l'entretien, soit par négligence de leur part soit parce que l'accouchement a déjà eu lieu ou est en cours. Cela pose le problème d'une information reçue tardivement au cours de la grossesse car, malgré leur motivation, il ne pourra être proposé rapidement un créneau à ces patientes. Or plus le rendez-vous est proche du terme, plus elles risquent d'accoucher sans avoir assisté à l'entretien, ce qui exclut la possibilité du DSP. Ainsi l'entretien peut être perçu comme une barrière à la réalisation du don cependant il est nécessaire et permet un temps d'échange et de complément d'information à ce sujet. Le rendez-vous ne demande à la patiente que peu de son temps libre, il semblerait qu'il s'agisse souvent plus de négligence de la part des patientes que d'un réel manque de temps. La réelle difficulté réside dans la saturation du planning des sages-femmes responsables.

1.3.3 Pratique en salle de naissance

Quant aux patientes pour qui l'impossibilité du prélèvement a été justifiée par l'absence de sage-femme responsable du DSP, cela remet en cause la motivation de certains membres de l'équipe soignante de la salle de naissance. Dans ce service, le rôle de la sage-femme responsable du DSP consiste uniquement au contrôle de la traçabilité et du respect des différentes étapes de prélèvement avant l'envoi des poches à l'EFS de Rennes. Son absence ne justifie en rien une quelconque impossibilité à prélever, la sage-femme sera tenue d'être d'autant plus consciencieuse au déroulement du DSP et à la traçabilité qui en découle. Toutefois cela n'a été constaté que dans peu de questionnaires, il ne s'agirait ainsi que d'incidents isolés, ne remettant aucunement en cause la motivation de l'ensemble de l'équipe soignante du bloc obstétrical.

2. Limites de l'étude

L'étude de l'information délivrée aux patientes était avant tout centrée sur le déroulement de la grossesse. Cependant aucune question n'évaluait leur connaissance du DSP avant la grossesse, ce qui peut influencer sur leur réaction, leur délai de réflexion et leur décision finale. De plus, il semblerait qu'une part de l'information est transmise par les secrétaires médicales, or ce choix n'était pas présent parmi les réponses proposées, cela peut constituer un biais aux réponses relatives aux moyens d'informations.

L'information précoce lors de l'entretien prénatal était également un des sujets abordés, néanmoins toutes les patientes n'en bénéficient pas, il aurait donc été intéressant d'avoir connaissance du nombre de femmes ayant assisté à un entretien prénatal au 4^{ème} mois de grossesse.

Sur le questionnaire destiné aux patientes ayant réalisé le don, une question concernait la conformité de leur don. Cette question n'a toutefois pas pu être exploitée étant donné que pour la plupart, au moment du remplissage du questionnaire, le résultat de conformité ne leur avait pas encore été communiqué.

Enfin, l'étude peut être biaisée en raison d'une mauvaise compréhension ou interprétation des questions par les patientes. Certains questionnaires comprennent en effet des réponses contradictoires, cela n'en concerne qu'un nombre très réduit.

3. Propositions

3.1 Spécifiques à la Polyclinique de l'Atlantique :

Au vu des éléments mis en évidence, notamment par les parturientes, plusieurs propositions sont à envisager en vue d'améliorer l'information afin que chaque patiente puisse choisir de réaliser ou non le DSP en toute connaissance de cause et sans contrainte. Une information extérieure préalable participerait à éviter les situations où des couples se présentent en salle de naissance avec la volonté de réaliser le DSP sans avoir assisté à l'entretien préalable par impossibilité ou par incompréhension des démarches. Dans ces cas, les chances pour que la sage-femme responsable du DSP soit disponible sont minces, ainsi il serait intéressant de former quelques sages-femmes exerçant en salle de naissance à réaliser les entretiens afin de rendre le projet de don de ces couples réalisable. De plus cela déchargerait à l'occasion les sages-femmes responsables du DSP. Le danger étant que d'autres patientes en profitent et ne prennent pas la peine d'aller à l'entretien sachant qu'il est plus simple d'attendre leur entrée au bloc obstétrical. Il serait donc primordial de préciser à la patiente que cela reste exceptionnel et ne constitue qu'une issue de secours lorsqu'il n'y a pas eu d'autres possibilités.

Si un nombre plus important de patientes souhaitent un entretien, le délai d'attente risque d'en être d'autant plus prolongé. Or une sage-femme supplémentaire ne peut être engagée car, à moins d'une très forte augmentation du nombre de dons, la compensation versée par l'EFS ne suffirait plus à couvrir les dépenses liées à un emploi supplémentaire. Cependant les médecins, au moment des consultations, pourraient réaliser une présélection systématique des patientes en considérant les contre-indications principales et fréquentes au DSP. Ceci dans la limite du possible mais il serait judicieux de mettre à profit la constitution ou la revue du dossier médical afin de ne pas avoir à réinterroger la patiente. Cela libérerait quelques créneaux, permettant alors aux patientes de regrouper les rendez-vous afin de leur éviter de revenir uniquement pour l'entretien, réduisant ainsi la contrainte que pouvait représenter ce rendez-vous pour certaines.

Un premier abord oral du sujet pourrait être réalisé lors de l'inscription à la maternité en plus de la fiche informative dans le livret d'accueil. Nous pouvons également envisager une implication plus importante des secrétaires médicales qui participent déjà activement et volontairement à l'accompagnement des patientes dans les démarches. Elles pourraient distribuer une plaquette d'information à toute patiente se présentant pour son rendez-vous du 8ème mois. La remise du document en main propre incitera davantage la patientes à le consulter. De plus elle aura sans doute le temps de le parcourir avant sa consultation et, si elle le souhaite, elle pourra alors échanger à ce sujet avec son médecin, le sujet étant encore actuel dans son esprit au moment de la consultation.

3.2 Pouvant être généralisées à l'ensemble des maternités habilitées :

Nous avons observé que les patientes suivies à l'extérieur sont plus à risque de recevoir une information tardive. Afin de pallier à ce manque d'information hors de la maternité habilitée, il conviendrait de réaliser une plus large campagne publicitaire sur le plan national. Ceci comprendrait entre autre la présence d'affiches et de prospectus dans les cabinets libéraux de sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues mais aussi au sein des centres de don du sang de l'EFS. Certes seule une minorité de patientes sont intéressées, mais cela permettrait une diffusion de l'information par des personnes qui ne sont pas directement concernées.

Les retours concernant la conformité et le devenir des prélèvements de sang placentaire affichés en salle de naissance et communiqués aux médecins concernés constituent un élément primordial pour maintenir la motivation au sein de l'équipe soignante. Or le DSP repose sur l'équipe soignante, la motivation des professionnels est donc nécessaire et permet une implication plus forte de la part des patientes.

Nous avons pu remarquer que l'information sur l'entretien spécifique avec la sage-femme présente sur les documents était mal interprétée ou mal comprise. Ces documents étant fournis par l'EFS, ils ne sont donc pas modifiables, or un espace vide, au dos, permettrait de rajouter des informations par un système d'étiquette par exemple. Au sein de la Polyclinique il y serait mentionné la nécessité d'un rendez-vous spécifique à 37 semaines d'aménorrhées, du délai de prise de rendez-vous pouvant atteindre jusqu'à un mois et le numéro de téléphone afin de joindre la sage-femme responsable en vue de réserver un créneau disponible. Chaque maternité pourrait adapter les informations à sa propre organisation.

Une information systématique lors de l'entretien prénatal du 4ème mois contribuerait également à une information plus précoce. Ceci sous réserve d'une information qui ne doit pas être trop approfondie mais qui doit pouvoir être fournie par tout professionnel de santé si la patiente a déjà choisi une maternité habilitée comme lieu d'accouchement. Cependant, en vue de permettre la réalisation du DSP, il est indispensable qu'un rappel et complément d'information ait lieu au moment de la consultation du 7ème ou 8ème mois. Afin que le praticien n'omette pas de donner l'information, il conviendrait d'instaurer un système de rappel à l'ouverture du dossier informatique de la patiente, ceci pour chaque femme enceinte consultant au 8ème mois. Cela permettrait également aux patientes consultant pour la première fois au sein de la maternité de bénéficier d'une information si cela n'a pas été abordé avant. Selon le type de dossier ou de logiciel présent dans la maternité habilitée, chacune pourrait mettre en œuvre un système de rappel afin d'éviter tout oubli involontaire. Ce rappel ne constitue en rien un devoir d'information de la part du médecin, il conserve sa liberté de dispenser ou non l'information.

QUATRIEME PARTIE : Le rôle de la sage-femme

La sage-femme détient un rôle non négligeable auprès des couples tout au long de la grossesse. Lorsqu'elle est responsable du suivi, sa fonction n'est pas seulement médicale, elle accompagne également les patientes et les couples à travers toutes les étapes et changements occasionnés par la grossesse. Elle occupe une place à part entière dans la réalisation du DSP. Elle intervient tout d'abord au niveau de l'information. Celle-ci peut être dispensée par une sage-femme libérale lors d'une consultation de suivi, ou par une sage-femme de la Polyclinique lors du suivi rapproché voire d'une consultation d'urgence, ou encore au moment des cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Il est alors de son devoir de trouver le moment approprié et la manière adéquate d'en informer ses patientes. Les cours de préparation sont un moment privilégié, la sage-femme prépare les couples à devenir parents, elle devient ainsi un des premiers interlocuteurs pour répondre aux éventuelles questions des futurs pères et mères. Son implication ne s'arrête pas là, une fois l'information délivrée, elle se doit d'être à l'écoute des angoisses et interrogations suscitées par le DSP afin d'accompagner la femme tout au long de sa réflexion, quelque soit le choix vers lequel elle s'oriente.

Si la patiente est disposée au don, c'est une sage-femme qu'elle rencontrera lors de l'entretien préalable. Le déroulement du don lui sera expliqué en détails ainsi que les conditions nécessaires à sa réalisation. Elle saura également si elle peut prétendre au don au moment de l'entretien ou si elle présente d'ores et déjà une contre-indication. Le jour de l'accouchement, la sage-femme prenant en charge le couple s'emploie à la préparation du matériel ainsi que la sortie des fiches de traçabilité en vue du don. Si un événement relatif au déroulement du travail vient entraver la réalisation du prélèvement, c'est à la sage-femme qu'il revient d'en informer le couple. La Polyclinique étant de statut privé, l'accouchement est réalisé par les médecins. Il en découle qu'ils réalisent le prélèvement de sang placentaire. Cependant les sages-femmes ont également cette compétence sous réserve qu'elles aient été préalablement formées, les conditions sont les mêmes pour les médecins. Ainsi, à partir du moment où la sage-femme réalise l'accouchement, elle est apte à prélever le sang placentaire en vue d'un don.

Une fois le DSP effectué, dans les jours suivant la naissance, la sage-femme responsable du don annonce aux patientes le résultat de conformité du sang placentaire prélevé ainsi que la raison de non-conformité si la femme le demande. Lorsque le don n'est pas conforme elle doit faire face à la déception de la patiente et lui permettre de relativiser en lui expliquant que plus un nombre important de patientes réalisent le don, plus le nombre de dons conformes sera élevé et qu'ainsi elle contribue tout de même au DSP. La sage-femme est un acteur clé du DSP, elle est indispensable à son bon déroulement, ceci du début à la fin.

Conclusion

Notre étude montre que l'amélioration du nombre de dons au sein d'une maternité habilitée passe avant tout par l'information. Chaque patiente ayant la possibilité de donner doit avoir le droit de choisir, ce choix nécessite une information préalable. Bien que le DSP ne soit réalisable que pour une minorité de patientes, il s'agit néanmoins d'un enjeu de santé publique, concernant ainsi l'ensemble de la population. Une information à plus grande échelle paraît alors justifiée, aussi bien à visée des professionnels de santé que du grand public. Les sages-femmes ont leur rôle à jouer dans une plus large diffusion de l'information. Une information plus répandue permettrait d'éviter un abord tardif au cours de la grossesse, permettant aux couples de disposer librement du temps de réflexion nécessaire. Une campagne promotionnelle au niveau national permettrait également aux patientes potentiellement candidates de réaliser l'importance de ce geste pour des milliers voire des millions de personnes. Cette prise de conscience serait bénéfique à toutes les patientes n'ayant pas réalisé le don par négligence, sans exprimer de réel refus mais plutôt un léger manque de motivation. Les résultats nous montrent en effet que seul un nombre très réduit de patientes ont émis une réelle opposition au don. Afin d'éviter cette attitude de passivité et de trop grandes attentes envers les professionnels de santé, il serait propice de rappeler aux patientes que l'information du DSP ne relève pas d'un devoir du professionnel tant qu'elle en a pas exprimé la demande. Bien qu'il soit préférable qu'elles bénéficient d'un véritable échange avec un professionnel, l'adaptation des documents d'information relatifs au DSP selon le fonctionnement de chaque maternité fournirait une information complète. Cela permettraient aux patientes qui ne souhaitent ou n'osent pas aborder le sujet avec le médecin de pouvoir entreprendre les démarches.

Les résultats nous montrent qu'une information incomplète peut se révéler plus nuisible que bénéfique, ainsi soignant et soigné doivent être impliqués afin de parvenir à une information de bonne qualité et en quantité suffisante. Il est indispensable qu'une relation de confiance s'établisse entre le professionnel de santé et son patient. Il n'est pas question ici d'aller à l'encontre des convictions ou de l'avis de chacun mais de faciliter l'accès au DSP afin de permettre à chaque patiente qui le souhaite d'avoir la possibilité de donner. Au vu de la motivation exprimée par les patientes, projeter une augmentation du nombre de don n'irait pas à l'encontre de leur liberté de choix étant donné que beaucoup ne l'ayant pas réalisé y étaient pourtant favorables. Cette motivation doit servir de moteur à l'élan de solidarité afin de franchir toutes les étapes en vue du don. Néanmoins la patiente ne doit ressentir ni pression ni la crainte d'être jugée si son choix ne correspond pas aux valeurs actuelles de la société.

Nous terminerons avec la question des banques privées mixtes qui continue à faire débat et à diviser l'opinion publique. Les prévisions laissent à penser qu'en cas d'autorisation des banques privées, le nombre de « dons » de sang placentaire augmenterait de manière significative. Or il ne s'agit plus réellement d'un don mais avant tout d'une conservation à visée autologue. Ainsi des couples sont prêts à passer outre les contraintes représentées par le DSP dès lors qu'une société privée leur laisse miroiter un bénéfice personnel. Ainsi cela pose question de la place actuelle du don au sein de notre société.

Bibliographie

1. Hermange MT, Sénateur. Le sang de cordon : collecter pour chercher, soigner et guérir. Les rapports du Sénat, no 79, 2008-2009.
2. Passweg JR, Chalandon Y, Lehman T et al. Les Cellules du Sang de Cordon Ombilical. *Paediatrica*. 2010; 21(5): 52–55.
3. Binet C, Faculté de médecine de Tours. (page consultée le 06/09/13). Hématopoïèse, [cours en ligne]. <http://fmc.med.univ-tours.fr/Pages/Hemato/Hematopoiese/hematopoiese.html>
4. Devos J, CHRU de Montpellier. (page consultée le 11/09/13). Le sang de cordon, [cours en ligne]. http://irb.chu-montpellier.fr/fr/PDF/DU2012-I/DU-MR_2011-11-15_S2.pdf
5. Deniaud Boüet E. Le Sang Placentaire : Un Enjeu de Santé Publique en France, Mise en Place du Don de Sang Placentaire dans Deux Maternités de l'Agglomération Nantaise [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en pharmacie]. Nantes : Faculté de Pharmacie ; 2011.
6. SCHVED JF. Hématopoïèse, cellules souches et précurseurs hématopoïétique [cours en ligne]. Cours d'hématologie biologique et de transfusion sanguine (page consultée le 07/09/13). Disponible sur : <http://www.adhet.info/#!hematologie-cellulaire/c23zz>
7. Reyftmann L, Dechaud H, Hamamah S et al. Cellules Souches Foetales et Du Sang de Cordon Ombilical: Une Place Pour Le Gynécologue-obstétricien. Deuxième Partie. *Gynecol Obstet Ferti*. 2004; 32: 969–975.
8. Rapport de l'académie nationale de médecine de mars 2010. Les Cellules Souches Du Cordon et Du Placenta: De La Recherche Aux applications Thérapeutiques. *Bull. Accad. Natle Méd*. 2010 ; 194(1): 141–152.
9. Houot R, Tarte K, Faculté de médecine de Rennes. (page consultée le 20/09/13). Greffe de CSH : Aspects biologiques et cliniques, [enseignement complémentaire en ligne]. https://facmed.univ-rennes1.fr/wkf/stock/RENNES20140123010651gacGreffe_de_CSH_2014.pdf

10. Institut de la santé et de la recherche médicale. (page consultée le 17/09/13). Cellules souches et thérapie cellulaire, [en ligne].
<http://www.inserm.fr/thematiques/immunologie-hematologie-pneumologie/dossiers-d-information/cellules-souches-et-therapie-cellulaire>
11. Agence de la Biomédecine. Le don de sang placentaire. Une source irremplaçable de cellules souches pour la greffe allogénique. [documents à destination des professionnels de santé]. 2010 Juil 2^{ème} édition.
12. Agence de biomédecine. (page consultée le 03/10/13). Utilisation thérapeutique du sang de cordon : une clarification s'impose, [en ligne]. <http://www.agence-biomedecine.fr/Utilisation-therapeutique-du-sang>
13. Rea D. Applications thérapeutiques des cellules souches du sang placentaire. 29^{èmes} journées nationales CNGOF. 2005 Déc 2.
14. To LB, Haylock DN, Simmons PJ, Juttner CA. The Biology and Clinical Uses of Blood Stem Cells. Blood. 1997 Apr; 89(7):2233-2258.
15. La société de leucémie et lymphome du Canada. Greffe de cellules souches du sang et de la moelle osseuse [documents à destination des patients]. 2008. Disponible sur :
http://www.ils.org/content/nationalcontent/resourcecenter/freeeducationmaterials/french/pdf/fr_bloodmarrowstemcelltransplantation.pdf
16. Gluckman E, Broxmeyer HA, Auerbach AD et al. Hematopoietic reconstitution in a patient with Fanconi's anemia by means of umbilical-cord blood from an HLA-identical sibling. N Engl J Med. 1989;321:1174-1178.
17. Gluckman E, Rocha V. History of clinical use of umbilical cord blood hematopoietic cells. Cytotherapy. 2005;7(3):219-227.
18. Fédération des associations pour le don d'organes et de tissus humains. (page consultée le 28/09/13). Histoire de greffes, [en ligne]. <http://www.france-adot.org/histoire-de-greffes.html>

19. Etablissement Français du Sang. Sang de cordon en France: 20 ans après la première greffe, quel état des lieux?[Dossier de presse] 2008 Avr 10. Disponible sur http://www.dondusang.net/content/medias/media111_dMvIqcSefOdZsYO.pdf
20. Bone Marrow Donors Worldwide. Bone Marrow Donors Worldwide Annual Report 2012 [en ligne]. (page consultée le 19/10/13), disponible sur: <https://www.bmdw.org/uploads/media/BMDW2012.pdf>
21. Agence de la biomédecine. (page consultée le 14/10/13). Registre Eurocord, [en ligne]. <http://www.agence-biomedecine.fr/Registre-Eurocord>
22. Katz G. Pénurie de sang de cordon : les effets d'un retard culturel. Les échos. 2008 Juin 19 ; 20197.
23. Registre France Greffe de Moelle. SYNTHÈSE DE L'ACTIVITÉ FRANCE GREFFE DE MOELLE EN 2012 [en ligne]. (page consultée le 02/11/13), disponible sur : http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/synthese_rfgm_2012.pdf
24. Fondation générale de santé. Lancement du grand prix fondation générale de santé pour la thérapie cellulaire et la médecine régénérative. [communiqué de presse]. 2012 Nov 13.
25. Agence de la biomédecine. (page consultée le 28/10/13). Activité des centres de prélèvement de CSH, [en ligne]. <http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2012/donnees/cellules/01-centres/synthese.htm>
26. Agence de la biomédecine. (page consultée la 28/09/13). Réseau Français du Sang Placentaire [en ligne]. Disponible sur : <http://www.agence-biomedecine.fr/RFSP>
27. Site de la Commission européenne. (page consultée le 21/10/13). Des cellules souches du sang disponibles à volonté. [en ligne]. <http://ec.europa.eu/research/success/fr/med/0351f.html>
28. Carbone B, Nguyen A. Banques de sang de cordon, situation actuelle en France. 34^{ème} journées nationales CNGOF, extraits des mises à jour en gynécologie et obstétrique ; 2010 Déc 10, Paris.

29. Établissement Français du sang. L'Établissement Français du Sang inaugure sa 5^{ème} banque de sang placentaire. [communiqué de presse], Rennes. 2011 Nov 23.
30. Haroche A. Exclusif : les professionnels favorables à une conservation du sang de cordon en vue d'une utilisation familiale ou autologue. Journal International de Médecine [en ligne]. 2012 Mai 21. Disponible sur : <http://m.jim.fr/pro_societe/e-docs/00/02/03/45/document_actu_pro.phtml>
31. CNGOF, CNSF. Non aux sociétés à but lucratif incitant à la conservation de sang de cordon à visée autologue. Communiqué de presse. 2009 Déc 10.
32. Société française de greffe de moelle et de thérapie cellulaire. Appel à la vigilance sur les sociétés privées incitant à la conservation de sang de cordon à visée autologue. 2009 Déc 08. Disponible sur :
www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/sfgmtcsangplacentaire81209vdef.pdf
33. CNGOF. Vigilance sur les banques de sang de cordon : gare aux propositions privées et commerciales. [communiqué]. 2009 Mai. Disponible sur :
http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/090511com_sang-de-cordon.pdf
34. Rouard H, Birebent B, Vaquer G, Gautier E. La collecte de sang placentaire : du concept à la réalité. Transfus Clin Biol. 2013 Avr;20:95-98.
35. Fondation générale de santé. (page consultée le 09/11/13). Offrir des échantillons biologiques de qualité [en ligne]. Disponible sur : <http://sangdecordon.org/recherche-en-therapie-cellulaire/echantillons-biologiques/>
36. Meslot D, député. Proposition de loi relative au prélèvement et à la conservation des cellules souches issues du sang de cordon ombilical. Assemblée nationale. 2009 Nov 05.
37. Code de la santé publique. (page consultée le 19/09/13). Livre II : Don et utilisation des éléments et produits du corps humain. Titre 1^{er} : principes généraux [en ligne]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>

38. Code de Santé Publique. (page consultée le 24/09/13). Décision du 27 octobre 2010 définissant les règles de bonnes pratiques relatives à la préparation, à la conservation, au transport, à la distribution et à la cession des tissus, des cellules et des préparations de thérapie cellulaire [en ligne]. Disponible sur :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023086655>
39. Fondation générale de santé. (page consultée le 18/09/13). Que dit la loi [en ligne]. Disponible sur : <http://sangdecordon.org/don/que-dit-la-loi/>
40. Code de santé publique. (page consultée le 05/10/13). Arrêté du 14 septembre 2009 fixant le contenu du dossier accompagnant la demande d'autorisation ou la demande de renouvellement d'autorisation d'effectuer des prélèvements de cellules à des fins thérapeutiques [en ligne]. Disponible sur :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021136503>
41. Code pénal. (page consultée le 25/10/13). Articles 511-8, 511-8-1 et 511-8-2 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>
42. Comité consultatif national d'éthique. Les banques de sang de cordon ombilical en vue d'une utilisation autologue ou en recherche. Avis N°74. 2002 Déc 12.
43. Comité consultatif national d'éthique. Utilisation des cellules souches issues du sang de cordon ombilical, du cordon lui-même et du placenta et leur conservation en biobanques. Questionnement éthique. Avis N°117. 2012 Fév 23.
44. Etablissement Français du sang. Sang de cordon [DVD de formation]. 2012 Jan.
45. Horovitz J, Luton D, Lansac J et al. Clampage du cordon précoce ou tardif ? Avis du CNGOF et CNSF. 2012 Mai 31. Disponible sur :
http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/Clampage_du_cordon_precoce_ou_tardif.pdf
46. Ambroise L, Prim-Allaz J, Seville M. Mieux comprendre les motivations des donateurs de sang pour accroître leur fidélisation. Congrès International de l'Association Française du Marketing; 2010; Le Mans, France. Résumé disponible sur :
http://oidc.unige.ch/assets/files/Poster_DonduSang.pdf

Annexes

Annexe 1 : Répartition des prélèvements/cessions de CSH par année et par source de CSH de 1996 à 2011 pour les patientes nationaux

Annexe 2 : Principaux centres de recherche sur les cellules souches

Annexe 3 : Activités liées au sang de cordon en France (1999-2007)

Annexe 4 : Evolution du RFSP

Annexe 5 : Localisation des maternités du RFSP en décembre 2012

Annexe 6 : Feuille d'information présente dans le livret d'accueil de la PCA

Annexe 7 : Plaquette explicative sur le DSP

Annexe 8 : Formulaire de l'entretien préalable au don

Annexe 9 : Liste des contre-indications au DSP

Annexe 10 : Livret de recueil du consentement

Annexe 11 : Dispositif de recueil du sang placentaire

Annexe 12 : Qualification néonatale

Annexe 13 : Qualification post-natale

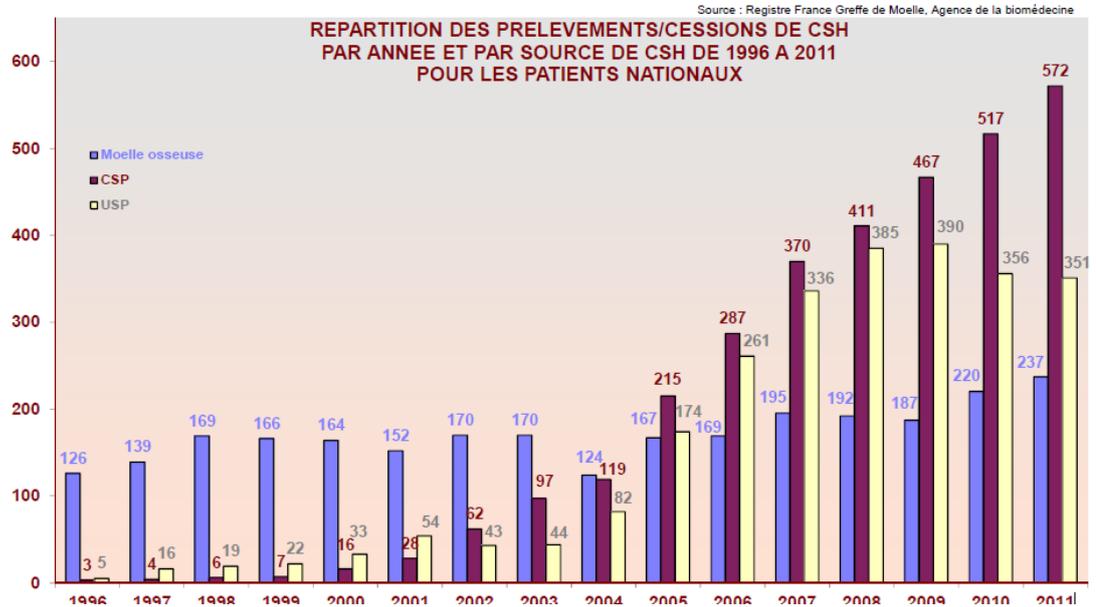
Annexe 14 : Nombre d'accouchements et de prélèvements en 2012 dans les maternités du RFSP

Annexe 15 : Questionnaire de l'étude à destination des patientes ayant réalisé le DSP

Annexe 16 : Questionnaire de l'étude à destination des patientes n'ayant pas réalisé le DSP

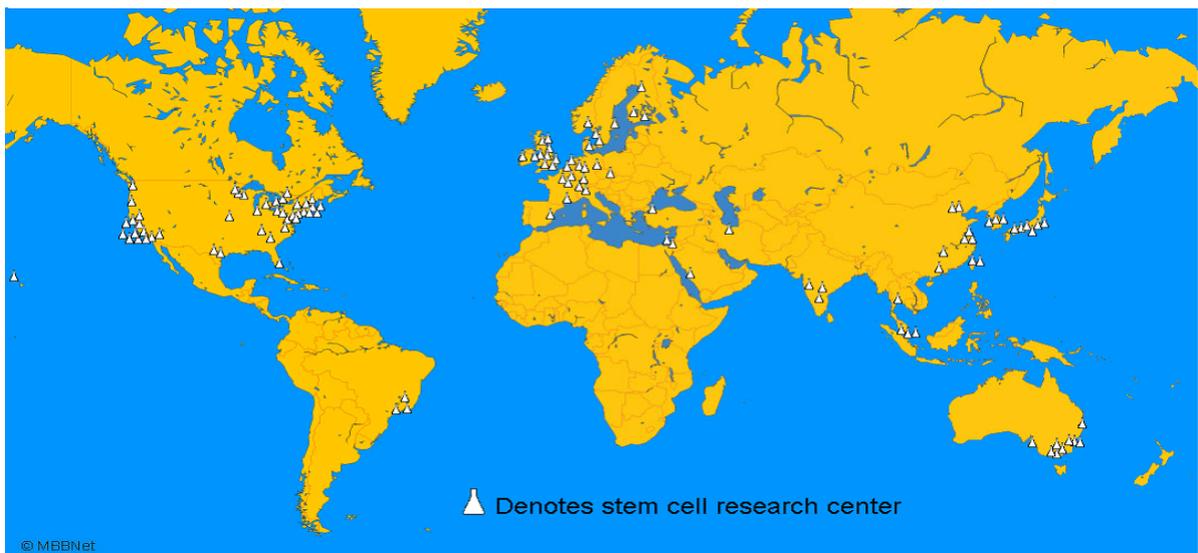
Annexe 1

Nombre et type de greffons prélevés / cédés



Source : Registre France Greffe de Moelle, Agence de la biomédecine

Annexe 2

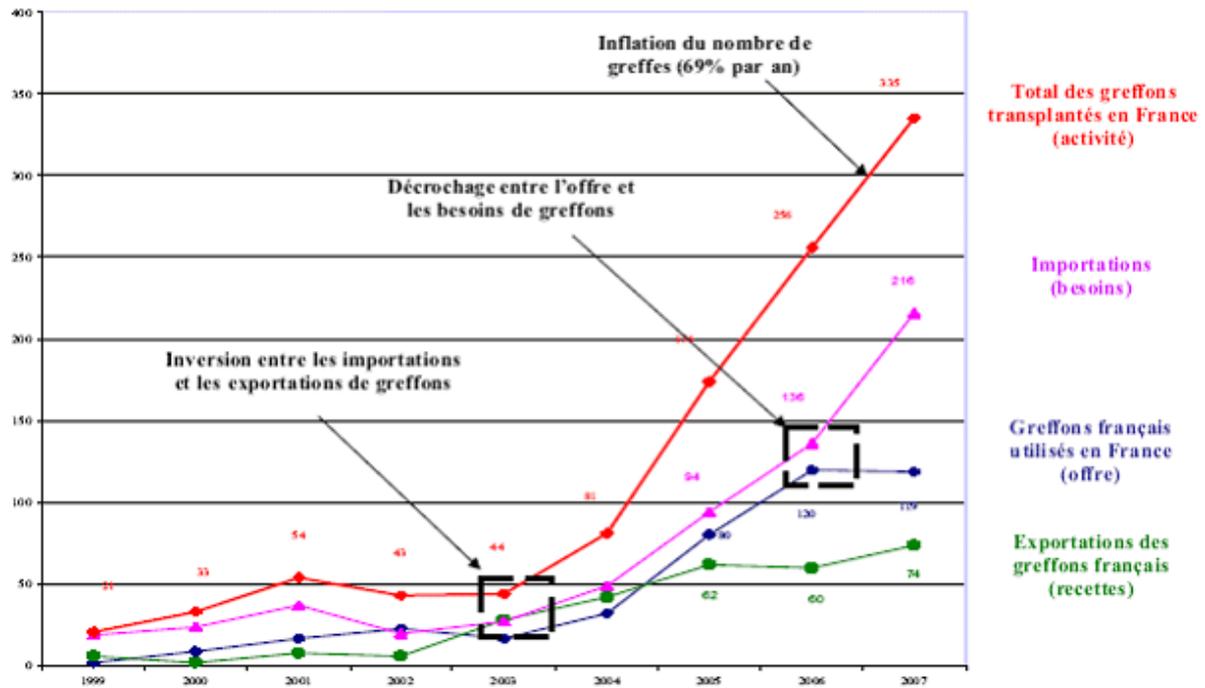


Principaux centres de recherche sur les cellules souches

<http://www.mbbnet.umn.edu/scmap/scresearchmap.html>

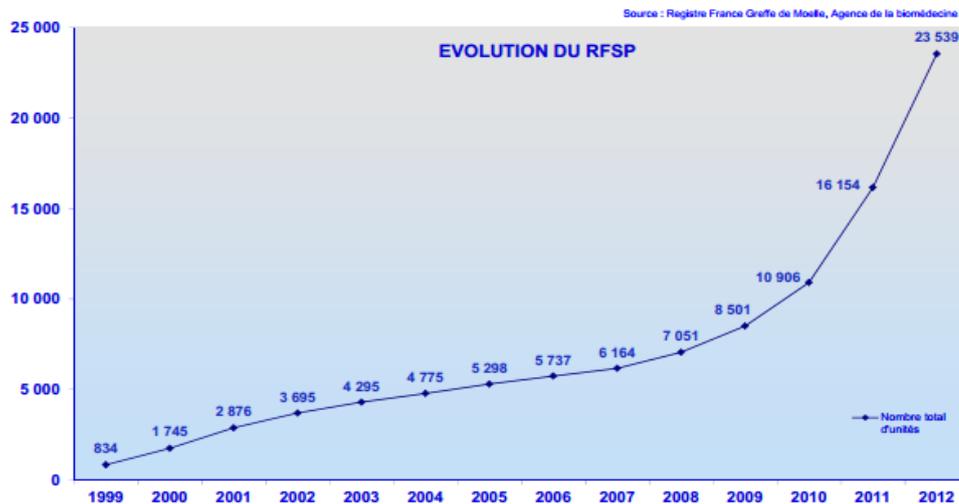
Annexe 3

Activités liées au sang de cordon en France (1999-2007)



Source : G. Katz, Chaire Essec Innovation Thérapeutique, d'après le rapport de l'agence de la biomédecine. Données parues dans les Echos le 19 juin 2008, « Pénurie de sang de cordon : les effets d'un retard culturel ».

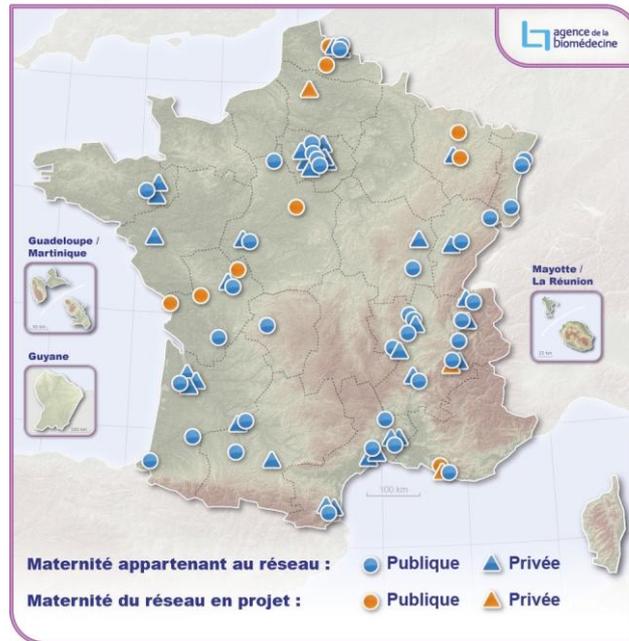
Annexe 4



Source : Registre France Greffe de Moelle, Agence de la biomédecine

Annexe 5

Localisation des maternités du Réseau Français de Sang Placentaire en décembre 2012



Annexe 6 : Feuillelet présent dans le livret d'accueil



Établissement Français du Sang

LE LIEN ENTRE LA GÉNÉROSITÉ DES DONNEURS DE SANG ET LES BESOINS DES MALADES

Le sang de cordon Un don précieux

Si, après avoir lu attentivement cette information, vous acceptez de donner le sang de cordon de votre enfant, parlez-en au médecin et/ou la sage femme que vous verrez en consultation.

Qu'est-ce que le sang de cordon ou sang placentaire ?

Le sang de cordon est le sang qui reste dans le placenta et le cordon ombilical après la naissance de votre enfant. Pendant votre grossesse, ce sang est vital pour votre bébé mais après sa naissance, ce sang n'a plus d'utilité pour vous et votre enfant et il est habituellement détruit.

Un don qui peut sauver une vie

La greffe de moelle osseuse permet aujourd'hui de sauver la vie à des personnes atteintes de maladies graves du sang ou de cancers. Dans de nombreux cas, le sang de cordon représente une alternative à l'utilisation de cellules issues de la moelle osseuse. Pour offrir la possibilité d'une greffe au nombre croissant de ces patients, il est important de constituer des banques de sang de cordon.

Ce sang de cordon peut permettre de traiter ces patients car il contient des cellules semblables à celles contenues dans la moelle osseuse et capables de reconstituer le système sanguin et le système immunitaire du patient compatible.

Une fois prélevé, le sang de cordon peut être congelé, stocké et mis à la disposition, via un réseau international, des malades nécessitant une greffe. Nous vous offrons la possibilité de faire don de ce sang de cordon, dans le cadre du Réseau Français de Sang Placentaire, car il peut donner une chance réelle de traitement à des patients qui ont besoin d'une greffe.

Le prélèvement ne présente aucun risque ni pour l'enfant, ni pour vous-même

Le prélèvement de sang de cordon a lieu dans les minutes qui suivent l'accouchement lorsque le cordon ombilical vient d'être coupé et que le placenta est encore dans l'utérus. Le prélèvement est totalement indolore et ne présente pas de risque ni pour votre bébé ni pour vous puisqu'il ne modifie pas les gestes médicaux de l'accouchement. Il n'a pas lieu si les sages-femmes doivent porter leur attention sur des gestes médicaux prioritaires après l'accouchement.

Ce don est libre, volontaire, anonyme et gratuit

Ce don ne sera possible qu'avec votre consentement signé et après un entretien avec un médecin ou une sage-femme qui vous posera des questions vous concernant ainsi que vos proches. La franchise de vos réponses sera déterminante pour garantir la sécurité du malade qui va recevoir le sang de cordon prélevé lors de votre accouchement.

Soyez assurée que si vous choisissiez de ne pas participer au don de sang de cordon, cela ne porterait en rien préjudice aux soins qui vous seront prodigués à vous et votre bébé.

Le don de sang de cordon est anonyme. Ainsi, si ne vous sera pas possible de savoir à qui il a été greffé, pas plus que la personne qui aura reçu la greffe ne pourra connaître votre identité.

Traitement des données vous concernant

En application des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous informons que les résultats des analyses de biologie pratiquées ainsi que certaines informations recueillies à l'occasion de l'entretien prénatal et post-natal vous concernant ainsi que votre famille proche et votre enfant feront l'objet d'un enregistrement informatique par la banque de sang placentaire qui va gérer votre don, dont les coordonnées figurent en dernière page de ce document, afin d'assurer la gestion et la traçabilité des dons de sang de cordon.

Les données relatives aux caractéristiques du greffon comprenant les résultats d'analyses biologiques seront transmises sous forme anonyme :

- en vue de l'inscription du greffon sur le registre national géré par l'Agence de la biomédecine ;
- ou le cas échéant, en vue de son utilisation à des fins de recherche scientifique dans le cadre légal national ou pour améliorer et valider les procédés et les contrôles qualité.

Toutes les mesures nécessaires sont prises pour assurer la protection, la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées afin d'empêcher la divulgation non autorisée des données traitées.

Vous disposez d'un droit d'accès et, en cas d'inexactitude, de rectification et de suppression de ces données que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de la banque de sang placentaire.



Le suivi du don après l'accouchement

Le sang de cordon est transporté à la banque de sang placentaire associée à l'établissement dans lequel vous avez accouché. S'il répond aux caractéristiques fixées par le Réseau Français de Sang Placentaire (volume et nombre de cellules suffisants), des analyses seront effectuées sur des échantillons de sang prélevés sur vous au moment de l'accouchement (VIH, hépatites B et C, syphilis, HTLV, CMV, EBV, toxoplasmose) et sur le sang de cordon (électrophorèse de l'hémoglobine, sérologies : VIH, hépatites B et C, syphilis, HTLV), soit immédiatement, soit lors de la distribution du prélèvement. Si ces analyses ne révèlent aucune anomalie, le sang de cordon sera conservé sous forme congelée dans de l'azote ainsi que des échantillons de votre sang et du sang de cordon permettant des analyses ultérieures. Vous serez sollicitée dans les 2 mois qui suivent l'accouchement pour fournir les informations médicales relatives à votre état de santé et celui de votre enfant. Ces informations sont nécessaires pour confirmer que l'unité de sang placentaire est utilisable à des fins de greffe.

Une mention particulière sera alors apposée sur le carnet de santé de votre enfant mentionnant que son sang de cordon a été prélevé en vue de greffe allogénique, c'est-à-dire pour autrui. Cette information permettra à votre médecin de prévenir l'Agence de la biomédecine en cas de nécessité. Cette information est importante pour le devenir et l'usage de ce don de sang de cordon pour le traitement d'un malade. En cas de besoin pour une greffe familiale allogénique, si le prélèvement n'a pas été cédé, la traçabilité permettra de le retrouver.

Après validation, le greffon (ainsi que ses caractéristiques) sera inscrit sur le registre national centralisant les demandes de greffe. Il sera choisi selon son degré de compatibilité tissulaire avec le receveur et sa richesse cellulaire.

La banque de sang placentaire ou la maternité dans laquelle vous avez accouché est susceptible de vous contacter à tout moment pour un complément d'information ou si une anomalie est détectée lors des analyses effectuées. Vous serez tenue informée par courrier du devenir du don de sang de cordon auquel vous avez consenti.

Cas particulier

Si une personne de votre famille est atteinte d'une maladie nécessitant une greffe, le médecin responsable de la prise en charge de cette personne pourra demander le recueil et la conservation du sang de cordon qui sera alors réservé pour un usage familial strict.

Si votre don ne peut finalement pas constituer un greffon...

Si votre don ne répond pas aux critères fixés par le Réseau Français de Sang Placentaire, le sang de cordon pourra être détruit selon les procédures validées et en place (dans ce cas, les analyses de dépistage des maladies transmissibles ne seront pas réalisées). Alternativement, il pourra être utilisé à des fins de recherche scientifique dans le cadre légal national ou être utilisé pour améliorer et valider les procédés et les contrôles qualité effectués sur ces produits (dans ce cas, des analyses de dépistage des maladies transmissibles seront réalisées).

Un don au service d'autrui

La conservation du sang de cordon n'est autorisée en France que pour un usage allogénique

(le donneur et le receveur sont des personnes différentes) dans des banques publiques agréées qui constituent le Réseau Français de Sang Placentaire. Ces banques publiques recueillent les greffons de sang de cordon à partir d'un réseau de maternités autorisées par le ministère de la Santé. Ce réseau permet de garantir la qualité des procédures et l'égal accès aux soins pour l'ensemble de la population. La responsabilité et l'objectif de ces banques sont de mettre ces unités de sang de cordon à disposition de tout patient, quel que soit son pays d'origine, et à tout moment.

La conservation du sang de cordon pour son enfant n'a aucun fondement scientifique

Des sociétés privées à but lucratif font miroiter de possibles utilisations du sang de cordon dans le futur pour soigner son enfant. Conserver le sang de cordon de son enfant dans une banque pour le soigner avec ses propres cellules au cas où il serait malade plus tard ne repose actuellement sur aucun fondement scientifique.

De plus, certaines de ces sociétés demandent aux parents de transporter ou d'envoyer par colis le sang de cordon prélevé. Cette pratique est illégale et punie par la loi.

À ce jour, aucune banque commerciale n'a été autorisée en France par les autorités de santé.

Nous sommes à votre disposition pour vous fournir les informations supplémentaires que vous jugeriez nécessaires.

Établissement Français du Sang - BRETAGNE
Banque de sang placentaire
Rue Pierre-Jean Gineste - BP 91614 - 35016 RENNES Cedex
Tél. : 02 99 54 83 39

Annexe 7 : plaquette explicative DSP



Établissement Français du Sang
LE LIVRE D'OR DE LA GÉNÉROSITÉ DES DONNEURS DE SANG ET LES BÉNÉFICIAIRES DES MALADIES

Les banques de sang placentaire commerciales

Des sociétés privées à but non lucratif font miroiter de possibles utilisations du sang de cordon dans le futur pour soigner son enfant. Conserver le sang de cordon de son enfant dans une banque pour le soigner avec ses propres cellules au cas où il serait malade plus tard ne repose actuellement sur aucun fondement scientifique.

De plus, certaines de ces sociétés demandent aux parents de transporter ou d'envoyer par colis le sang de cordon prélevé, cette pratique est illégale et punie par la loi.

À ce jour, aucune banque commerciale n'a été autorisée en France par les autorités de santé.

Les banques de sang placentaire de l'EFS ont pour objectif de rendre les unités de sang placentaire dont elles sont responsables, disponibles pour tout patient pouvant en avoir besoin, quel que soit son pays d'origine et à tout instant. Il est donc possible que le sang placentaire recueilli lors de votre accouchement soit greffé à un patient et il ne sera donc plus disponible ultérieurement pour un usage intrafamilial éventuel.

➤ **Pour connaître les maternités partenaires :**
www.dondusang.net

Le sang de cordon Un don précieux

Pour en savoir plus

**Établissement Français du Sang
BRETAGNE
Banque de sang placentaire**
Rue Pierre-Jean Gineste – BP 91614
35016 RENNES Cedex
Tél. : 02 99 54 42 22

PFCTD 149 / 08 / 01 / 003 - Dépliant (02/21) DSP - Janvier 2011 / Conception, illustrations : Parimage - Photos : EFS, J. Nègre

Établissement Français du Sang
20, avenue du Stade de France - 93218 La Plaine Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 55 93 95 00 - Fax : 01 55 93 95 03

www.etalissement-francais-du-sang.fr



Le sang placentaire ou sang de cordon est le sang qui reste dans le placenta et le cordon ombilical après la naissance de votre enfant.

Pourquoi faire don du sang placentaire ?

Le sang placentaire contient des « cellules souches hématopoïétiques » qui siègent habituellement dans la moelle osseuse et produisent, toute la vie durant, les cellules sanguines. Très précieuses, elles permettent de reconstituer le système sanguin.

Aujourd'hui, de nombreux malades atteints de maladies malignes du sang, de déficits immunitaires ou de maladies génétiques rares, sont dans l'attente d'une greffe qui peut leur sauver la vie.

La greffe de moelle osseuse reste difficile faute d'un nombre de donneurs compatibles suffisant. La greffe de sang placentaire offre une chance réelle de traitement à ces patients.

Nous vous proposons de faire don de ce sang placentaire, pour alimenter le Réseau Français de Sang Placentaire.

Comment faire ce don ?

1^{re} étape Votre consentement

Vous recevrez toutes les informations utiles au cours d'un entretien auprès de votre médecin ou de la sage-femme au cours d'une consultation prénatale.

➤ **Ce don sera possible avec votre consentement signé et après un entretien avec un médecin ou une sage-femme qui posera des questions vous concernant ainsi que vos proches.**

2^e étape Le prélèvement

Il a lieu dans les minutes qui suivent votre accouchement, lorsque le cordon ombilical vient d'être coupé et que le placenta est encore dans l'utérus.

Il est réalisé par une sage-femme spécialement formée au prélèvement de sang de cordon.

Des examens sérologiques et bactériologiques sont réalisés sur le sang placentaire et sur le sang maternel.

➤ **Le prélèvement est totalement indolore et ne présente pas de risque ni pour votre bébé, ni pour vous.**

3^e étape La conservation

Votre don est ensuite transféré et congelé à la banque de sang placentaire dans les 24 heures qui suivent le prélèvement.

Il est enregistré sur le registre France Greffe de Moelle après deux mois : période nécessaire à la validation du prélèvement. Cette validation sera confirmée par un retour d'information sur votre état de santé et celui de votre enfant.

➤ **Comme pour tout don de sang, le don de sang de cordon est volontaire, anonyme et gratuit.**

➤ Parlez-en à votre médecin gynécologue ou à votre sage-femme



www.etalissement-francais-du-sang.fr



Annexe 8 : Formulaire de l'entretien pré-don



DON DE SANG PLACENTAIRE
ENTRETIEN MEDICAL

Les zones grisées du questionnaire seront complétées par la mère. Les zones non-grisées du questionnaire seront complétées par la mère accompagnée d'un professionnel de santé.

IDENTIFICATION DE LA MERE (DONNEUSE)

Nom : Prénom :

Date de Naissance :

Adresse :

.....

N° code barres SP (réservé BSP)

Téléphone domicile :

Téléphone Portable : e-mail :

ANTECEDENTS MEDICAUX MATERNELS

Avez-vous ou avez-vous eu au cours de votre vie :

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|-------|
| Maladie auto-immune – déficit immunitaire | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | ..... |
| Allergie sévère | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | ..... |
| Cancer | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | ..... |
| Maladies du sang (même mineures) | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | ..... |
| Troubles de la coagulation | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | ..... |
| Pathologies endocriniennes traitées
<i>(Diabète – hyper / hypothyroïdie ...)</i> | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | |
| Pathologie cardiaque | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | ..... |
| Hypertension artérielle traitée | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | ..... |
| Pathologies rénales ou urinaires | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | ..... |
| Pathologies pulmonaires | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | ..... |
| Pathologies neurologiques
<i>(Maladies neuro-dégénératives – Maladie de Creutzfeld Jacob)</i> | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | ..... |
| Traitement antidépresseur / neuroleptique | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | ..... |
| Pathologies gastro-intestinales | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | ..... |
| Pathologies hépatiques | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | ..... |
| Pathologies dermatologiques | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | ..... |
| Pathologies ophtalmologiques | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | ..... |
| Pathologies O.R.L. | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | ..... |
| Pathologies gynécologiques | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | ..... |
| Maladies professionnelles | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | ..... |

Antécédents ou comportements à risques de la patiente vis à vis des virus HIV, Hep B et C

Dans les 6 derniers mois :

- Avez-vous eu un tatouage, un piercing de l'oreille, de la peau ou du corps fait à partir d'instruments ou aiguilles à usage multiple ? non oui
- Votre partenaire ?* non oui
- Avez-vous été en contact avec du sang humain par piqûre, plaie, projection ? non oui
- Votre partenaire ?* non oui
- Avez-vous eu des relations sexuelles avec quelqu'un malade du Sida ou séropositif ? non oui
- Avez-vous eu des relations sexuelles avec un homme qui a eu des relations sexuelles avec un autre homme dans les 5 dernières années ? non oui
- Avez-vous changé de partenaire sexuel ? non oui
- Avez-vous eu des traitements par infiltrations, auriculothérapie, acupuncture, mésothérapie ? non oui
- Votre partenaire ?* non oui

Dans les 12 derniers mois :

- Avez-vous été traitée pour une maladie sexuellement transmissible ? non oui
- Votre partenaire ?* non oui

Dans votre vie :

- Avez-vous déjà utilisé une seringue pour vous injecter de la drogue ou des substances dopantes ? non oui
- Votre partenaire ?* non oui
- Avez-vous déjà accepté de l'argent ou de la drogue en échange de relations sexuelles ? non oui
- Avez-vous eu un test positif pour la syphilis, le SIDA, l'hépatite B ou l'hépatite C ? non oui
- Votre partenaire ?* non oui

Risques vis à vis des agents transmissibles non conventionnels

- Séjour dans les Iles Britanniques de plus d'un an cumulé entre 1980 et 1996 non oui
- Antécédents personnels ou familiaux de la maladie de Creutzfeld Jakob non oui
- TT par hormone de croissance avant 1989 non oui
- TT par hormones gonadotrophines chorioniques humaines d'origine hypophysaire avant 1986 non oui
- Greffes de tissus ou d'organes à partir d'un donneur non oui
- Interventions neurochirurgicales non oui

Risques liés aux voyages

- Maladies infectieuses ou parasitaires non oui
- Avez-vous séjourné ou êtes vous née dans une zone à risque de :
- Maladie de Chagas (Amérique du Sud)* non oui date / durée / pays :
- West Nile Virus* non oui date / durée / pays :
- Paludisme, HTLV* non oui date / durée / pays :
- Séjour en dehors d'Europe non oui date / durée / pays :

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Donneuse de sang | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | date du dernier don : |
| ATCD de transfusions sanguines | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | date : |
| TT par médicaments dérivés du sang | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | date : |

- Maladies génétiques héréditaires dans la famille** non oui

ANTECEDENTS FAMILIAUX MATERNELS

Avez-vous été adoptée ? non oui

Si oui, avez-vous des informations médicales sur la famille ? *Si non, c'est une contre indication au don de sang placentaire*

Mère

Père

Collatéraux

Maladie hématologique (leucémie – myélodysplasie) d'un membre de la famille

Si oui : lien de parenté et pathologie :

ANTECEDENTS MEDICAUX PATERNELS

Père non connu non oui

L'absence de renseignement sur le père est une contre-indication au prélèvement de sang placentaire

Date de naissance

Lieu de naissance (Ville – dépt – pays) :

Maladie nécessitant un suivi médical régulier non oui

Maladies infectieuses ou parasitaires non oui

Hépatite virale non oui

Pathologies hématologiques non oui

Traitement chronique non oui

Pathologies urinaires non oui

Maladie génétique héréditaire non oui Si oui, recherche génétique faite chez le père ?

Don du sang non oui

ANTECEDENTS FAMILIAUX PATERNELS

A-t-il été adopté ? non oui

Si oui, a-t-il des informations médicales sur la famille ? *Si non, c'est une contre indication au don de sang placentaire*

Mère

Père

Collatéraux.....

Maladie hématologique (leucémie – myélodysplasie) d'un membre de la famille

Si oui : lien de parenté et pathologie :

ANTECEDENTS MEDICAUX DE LA FRATRIE

Année de naissance F M

DONNEES DE LA GROSSESSE ACTUELLE

D.D.R / / / D.D.G / / / Terme prévu / / /

1 – Suivi S.F Médecin

Gestation Parité Groupe sanguin RAI P.M.A F.I.V Insémination artificielle

Y-a-t-il eu au cours de la grossesse une infection ou un syndrome infectieux ?

Si oui, diagnostic : Traitement : Date :

2 – Traitements

Traitement pris au cours de la grossesse :

Traitement pris au long cours

Traitement contre l'H.T.A. gravidique non oui

3 – Echographie

Terme	Résultat

4 – Autres

	Non fait	Fait	Résultat	
HT 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Amniocentèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Anomalies
Caryotype	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/>

5 – Autres évènements

.....
.....

CONCLUSION

Entretien médical conforme non conforme

Recueil du consentement écrit signé oui non

Nom et signature du médecin
Nom et signature de la sage-femme

Date de l'entretien

Remarques

Annexe 9 : Liste des contre-indications au DSP

1
agence de la
Biomédecine

JANVIER 2012
RFSP

CONTRE-INDICATIONS AU DON DE SANG PLACENTAIRE

A. INTRODUCTION

D'une façon générale, le don de sang placentaire est proposé à une femme sans antécédents personnels ou familiaux pathologiques, ayant une grossesse spontanée mono-fœtale normale et accouchant à terme d'un enfant sans pathologie.

La liste des contre-indications ci-dessous peut guider le professionnel de la naissance pour diriger son interrogatoire ou en cas de doute.

Tout évènement anormal survenant au cours du travail est laissé à l'appréciation de l'obstétricien ou de la sage-femme qui peut ou non réaliser le prélèvement, la sécurité de la naissance étant bien sur la priorité par rapport au prélèvement.

Ces recommandations ont été mises à jour après consultation des groupes ci-dessous, et validées en séance plénière du RFSP le 9 novembre 2011.

Groupes consultés :

- Sous-groupe de travail Qualité du RFSP
- CNGOF
- CNSF
- SFGM-TC, groupe Pédiatrie
- RFGM
- SFH

B. CONTRE-INDICATIONS

1. CONTRE-INDICATIONS LIEES A UNE PATHOLOGIE GYNECO-OBSTETRICALE

- grossesse multiple
- antécédents de mort *in utero* hors cause funiculaire et hémorragie fœto-maternelle
- anomalie détectée à la ponction amniotique ou trophoblastique
- malformation du fœtus détectée à l'échographie si évocatrice/associée à un syndrome malformatif associé à une pathologie génétique (absence de pouce, dysmorphie, malformations rénales, doigt surnuméraire....)
- DES syndrome
- diabète gestationnel insuliné qui reste déséquilibré malgré le traitement
- placenta *prævia* recouvrant
- hématome rétro-placentaire
- hydramnios
- RCIU inférieur au 3ème percentile
- terme inférieur à 36 semaines 1/2

2. CONTRE-INDICATIONS AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT

- tout évènement anormal survenant au cours du travail, laissé à l'appréciation de l'obstétricien ou de la sage femme.
- rupture prématurée des membranes supérieure à 24 heures : prélèvement possible si elle est isolée, et sans syndrome infectieux. Le prélèvement ne sera valide qu'après vérification que les marqueurs périphériques sont négatifs
- fièvre maternelle supérieure à 38° et faisant évoquer un syndrome infectieux
- présence de liquide méconial, mais la présence de liquide méconial isolé sans aucun autre critère d'infection (par exemple survenant à l'expulsion) n'est pas une CI.

Version 3

1/5

Validation RFSP : 9 novembre 2011

3. CONTRE-INDICATIONS LIEES A LA MERE

L'information sur le don de sang placentaire doit se faire si possible en amont de l'accouchement, et le consentement doit être recueilli à un moment où la mère peut se concentrer sur l'information, sans être distraite par le travail en cours (travail dit « actif »)^a. Standard c4.1.2

- mère ayant bénéficié d'un don d'ovocyte.

3.1. Risques infectieux

CI détectées pendant l'entretien	CI détectées par le bilan sérologique / PCR
- pathologies infectieuses actives a fortiori en cours de traitement	
- un antécédent de crise de paludisme depuis plus de 3 ans n'est pas une contre-indication (séjours en zone impaludée : il est recommandé de noter le pays et la date du séjour)	- paludisme actif
- antécédents de traitement par hormone de croissance ou de gonadotrophine d'origine humaine	
- conduites à risque vis-à-vis des virus HIV, HB, HC < 4 mois : piercing, tatouage, endoscopie, changement de partenaire...	- sérologie HIV / HTLV1 positive - hépatites B et C ▼ Marqueurs HBV, suivre l'arrêté du 22-06-2011 ^b : <ul style="list-style-type: none"> • un profil guéri n'est pas une CI • un sujet contact ou une hépatite active sont des CI ▼ Marqueurs HCV, suivre l'arrêté du 22-06-2011 ^b : <ul style="list-style-type: none"> • sérologie ou PCR positive sont des CI - (hépatite A : pas de contre-indication)
- antécédent de syphilis même traitée - autres	- sérologie syphilitique positive - séroconversion de toxoplasmose, CMV ou EBV (ou réactivation) en cours de grossesse
- maladie de Chagas : si séjours en zone endémique (certaines parties de l'Amérique du sud), faire une sérologie, si négative pas de CI	- sérologie positive pour la maladie de Chagas
- antécédents de condylomes ou HPV, condylomes en cours de grossesse	
- séjour de plus d'un an cumulé dans les îles britanniques entre 1980 et 1996 (dans l'attente de l'avis de l'AFSSAPS).	

En cas d'exposition potentielle dans le cadre d'une alerte épidémique (grippe, West Nile virus, dengue, Chikungunya), suivre les recommandations de l'INVS (<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Points-epidemiologiques>).

^a Standard Fact-Netcord (4^{ème} édition) : C4.1.2

^b Arrêté du 22 juin 2011 relatif aux modalités d'exécution des analyses de biologie médicale pour la recherche des marqueurs infectieux sur les éléments et produits du corps humain prélevés à des fins thérapeutiques, à l'exception des gamètes, du sang et des produits sanguins

3.2. Toutes les pathologies malignes à l'exception des cancers *in situ*

3.3. Maladies génétiques ou anomalies génétiques constitutionnelles

Les informations médicales concernant d'éventuelles maladies génétiques chez les parents, grands-parents, frères, sœurs, oncles, tantes doivent être renseignées afin de compléter au mieux les informations concernant les parents ; si maladies génétiques documentées chez oncles tantes et grands parents de l'enfant : pas de CI formelle.

- hémoglobinopathies, thalassémies, drépanocytose : voir cas particuliers en fin de document
- anomalies des cellules sanguines : globules rouges (Minkowski-Chauffard), globules blancs, et plaquettes
- déficits enzymatiques plaquettaires et leucocytaires
- anomalies de l'hémostase, hémophilies, thrombophilies
- syndrome de Recklinghausen
- porphyrie aigüe
- myopathies
- rétinite pigmentaire
- mucoviscidose
- maladies de surcharge (hypercholestérolémie familiale), ✓
- leucodystrophies
- déficits immunitaires

- *Syndrome de Bockley*

3.4. Maladies auto-immunes et inflammatoires

- dermatomyosite, sclérodémie systémique
- psoriasis étendu
- vitiligo
- thyroïdite de Hashimoto ✓
- maladie de Crohn
- rectocolite hémorragique ✓
- cryoglobulinémies
- purpura thrombopénique immunologique (PTI)
- amyloses ✓
- maladie de Behçet
- maladie de Horton
- myasthénie
- sarcoïdose ✓
- lupus érythémateux disséminé
- syndrome de Fiessinger-Leroy-Rieter
- polyarthrite rhumatoïde ✓
- spondylarthrite ankylosante ✓
- syndrome de Goujerot-Sjögren
- cholestase gravidique

3.5. Pathologie endocrinienne à composante héréditaire ou auto-immune

- adénome hypophysaire non guéri ✓
- diabète insipide
- diabète insulino-dépendant
- hyperaldostéronisme
- hypercholestérolémie traitée (si composante héréditaire)
- hyperlipidémie essentielle traitée (si composante héréditaire)
- insuffisance antéhypophysaire
- insuffisance surrénalienne
- maladie de Basedow ✓
- phéochromocytome
- syndrome de Cushing
- Hyperthyroïdie.

3.6. Pathologie hématologique (hors affections malignes)

- les anomalies de la coagulation, acquises ou constitutionnelles (dont la maladie de Willebrand), ou les traitements anticoagulants en cours pour pathologie thromboembolique, sont une CI du fait du risque hémorragique à l'accouchement (une mutation facteur V Leiden n'est pas une CI).
- anomalies de l'hémodiagramme ne rentrant pas dans le cadre des modifications physiologiques liées à la grossesse

3.7. Pathologies neuro-psychiatriques

- maladies neuro-dégénératives dont la maladie de Parkinson
- syndrome de Guillain-Barré datant de moins de deux ans
- sclérose en plaques
- sclérose latérale amyotrophique
- syndrome dépressif sévère traité, syndrome dissociatif, psychoses

3.8. Conditions socioculturelles

- refus ou risque d'absence de retour d'information à deux mois pour la validation du produit
- accouchement anonyme
- un des parents adopté, sans information sur ses parents génétiques
- parturiente mineure, sous tutelle ou curatelle
- grossesse non déclarée ou non suivie
- toutes les conduites addictives, toxicomanie, alcoolisme
- détresse sociale
- mère non francophone : c'est une CI sauf si un interprète agréé par la maternité contresigne le document de consentement traduit.

Les antécédents de transfusion sanguine ne constituent pas une contre-indication.

4. CONTRE-INDICATIONS LIEES AU PERE

4.1. Père inconnu sauf conception par PMA

4.2. Toutes les maladies génétiques ou anomalies génétiques constitutionnelles

- hémoglobinopathies (voir infra)
- syndrome de Recklinghausen
- maladie des globules rouges (Minkowski-Chauffard)
- déficits enzymatiques des plaquettes, des leucocytes
- porphyrie aigüe
- rétinite pigmentaire
- maladies de surcharge, leucodystrophies
- déficits immunitaires

*Spandylaufruite au by loraute diabète
insulino de*

4.3. Toutes les pathologies malignes à l'exception des cancers in situ

4.4. Risque infectieux

- conduites à risque et/ou séropositivité vis-à-vis des virus HIV, HCV, HBV (cf. tableau 3.1)

5. CONTRE-INDICATIONS LIEES AU NOUVEAU-NE

5.1. Développement intra-utérin

- retard de croissance intra-utérin : inférieure au 3^{ème}
- prématurité et hypotrophie sévère (PN inférieur au 3^{ème} percentile)
- malformations détectées pendant la grossesse par l'échographie
- malformations détectées à la naissance si évocatrices/associées à un syndrome malformatif associé à une pathologie génétique (absence de pouce, dysmorphie, malformations rénales, doigt surnuméraire....)
- liquide amniotique infecté (un LA teinté avec prélèvements périphériques négatifs n'est pas une CI)
- réanimation fœtale ou maternelle (CI absolue)
- souffrance fœtale (CI relative): la priorité des soins doit être donnée à la mère et l'enfant, la charge de travail est à l'appréciation de l'équipe de garde.

5.2. Toutes les maladies génétiques diagnostiquées au cours de la grossesse ou suspectées à la naissance, à l'exception des hémoglobinopathies hétérozygotes.

6. CONTRE-INDICATIONS LIEES A LA FRATRIE DE L'ENFANT A NAITRE

La mort subite du nourrisson dans la fratrie n'est pas une CI si rien n'est retrouvé lors du bilan de l'enfant décédé.

- Les leucémies aiguës et lymphomes ou tout autre pathologie pour laquelle il existe une indication de conservation du SP de l'enfant à naître pour indication d'allogreffe pour son frère ou sa sœur malade (cf document du RFSP : indications de conservation de SP intrafamiliale), les maladies génétiques ou anomalies génétiques constitutionnelles

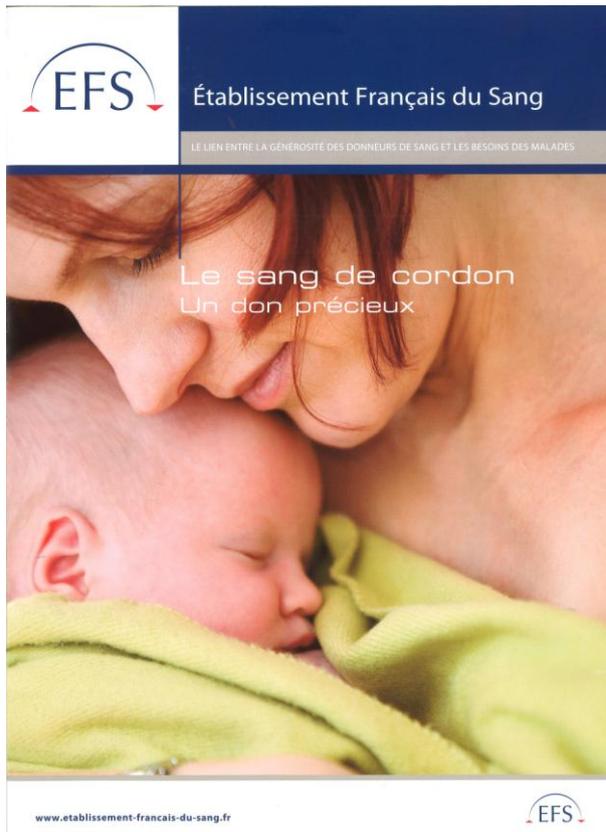
7. CAS DES HEMOGLOBINOPATHIES

Si l'on peut s'assurer du caractère hétérozygote du nouveau-né (un des parents connu sain), on peut envisager la conservation sous réserve d'une notification lors de la cryo-préservation et surtout lors d'un éventuel choix par un centre greffeur.

Dans le cas contraire, on ne doit pas conserver le SP.

S'il existe une politique de dépistage néo-natale on peut conserver le SP et ne lever la quarantaine qu'à réception du résultat s'il s'avère sain ou hétérozygote sous la même réserve, dans ce dernier cas, que précédemment.

Annexe 10 : livret de recueil de consentement



EFS
Établissement Français du Sang

LE LIEN ENTRE LA GÉNÉROSITÉ DES DONNEURS DE SANG ET LES BESOINS DES MALADES

Le sang de cordon Un don précieux

www.etalblissement-français-du-sang.fr



Si, après avoir lu attentivement cette information, vous acceptez de donner votre sang de cordon, nous vous remercions de bien vouloir remettre votre consentement rempli et signé au gynécologue ou à la sage-femme lors de votre prochaine consultation.

Qu'est-ce que le sang de cordon ou le sang placentaire ?

Le sang de cordon est le sang qui reste dans le placenta et le cordon ombilical après la naissance de votre enfant. Pendant votre grossesse, ce sang est vital pour votre bébé mais après sa naissance, ce sang n'a plus d'utilité pour vous et votre enfant et il est habituellement détruit.

Un don qui peut sauver une vie

La greffe de moelle osseuse permet aujourd'hui de sauver la vie à des personnes atteintes de maladies graves du sang ou de cancers. Dans de nombreux cas, le sang de cordon représente une alternative à l'utilisation de cellules issues de la moelle osseuse. Pour offrir la possibilité d'une greffe au nombre croissant de ces patients, il est important de constituer des banques de sang de cordon.

Ce sang de cordon peut permettre de traiter ces patients car il contient des cellules semblables à celles contenues dans la moelle osseuse et capables de reconstituer le système sanguin et le système immunitaire du patient compatible.

Une fois prélevé, le sang de cordon peut être congelé, stocké et mis à disposition, via un réseau international, des malades nécessitant une greffe. Nous vous offrons la possibilité de faire don de ce sang de cordon, dans le cadre du Réseau Français de Sang Placentaire, car il peut donner une chance réelle de traitement à des patients qui ont besoin d'une greffe.

Le prélèvement ne présente aucun risque ni pour l'enfant, ni pour vous-même

Le prélèvement de sang de cordon a lieu dans les minutes qui suivent l'accouchement lorsque le cordon ombilical vient d'être coupé et que le placenta est encore dans l'utérus. Le prélèvement est totalement indolore et ne présente pas de risque ni pour votre bébé ni pour vous puisqu'il ne modifie pas

les gestes médicaux de l'accouchement. Il n'a pas lieu si les sages-femmes doivent porter leur attention sur des gestes médicaux prioritaires après l'accouchement.

Ce don est libre, volontaire, anonyme et gratuit

Ce don ne sera possible qu'avec votre consentement signé et après un entretien avec un médecin ou une sage-femme qui vous posera des questions vous concernant ainsi que vos proches. La franchise de vos réponses sera déterminante pour garantir la sécurité du malade qui va recevoir le sang de cordon prélevé lors de votre accouchement.

Soyez assurée que si vous choisissez de ne pas participer au don de sang de cordon, cela ne portera en rien préjudice aux soins qui vous seront prodigués à vous et votre bébé.

Le don de sang de cordon est anonyme. Ainsi, il ne vous sera pas possible de savoir à qui il a été greffé, pas plus que la personne qui aura reçu la greffe ne pourra connaître votre identité.

Traitement des données vous concernant

En application des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous informons que les résultats des analyses de biologie pratiquées ainsi que certaines informations recueillies à l'occasion de l'entretien prénatal et post-natal vous concernant ainsi que votre famille proche et votre enfant feront l'objet d'un enregistrement informatique par la banque de sang placentaire qui va gérer votre don, dont les coordonnées figurent en dernière page de ce document, afin d'assurer la gestion et la traçabilité des dons de sang de cordon.

Les données relatives aux caractéristiques du greffon comprennent les résultats d'analyses biologiques seront transmises sous forme anonyme :

- en vue de l'inscription du greffon sur le registre national géré par l'Agence de la biomédecine ;
- ou le cas échéant, en vue de son utilisation à des fins de recherche scientifique dans le cadre légal national ou pour améliorer et valider les procédures et les contrôles qualité.

Toutes les mesures nécessaires sont prises pour assurer la protection, la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées afin d'empêcher la divulgation non autorisée des données traitées.

Vous disposez d'un droit d'accès et, en cas d'inexactitude, de rectification et de suppression de ces données que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de la banque de sang placentaire.



Le suivi du don après l'accouchement

Le sang de cordon est transporté à la banque de sang placentaire associée à l'établissement dans lequel vous avez accouché. S'il répond aux caractéristiques fixées par le Réseau Français de Sang Placentaire (volume et nombre de cellules suffisants), des analyses seront effectuées sur des échantillons de sang prélevés sur vous au moment de l'accouchement (VIH, hépatites B et C, syphilis, HTLV, CMV, EBV, toxoplasmosse) et sur le sang de cordon (électrophorèse de l'hémoglobine, sérologies : VIH, hépatites B et C, syphilis, HTLV), soit immédiatement, soit lors de la distribution du prélèvement. Si ces analyses ne révèlent aucune anomalie, le sang de cordon sera conservé sous forme congelée dans de l'azote ainsi que des échantillons de votre sang et du sang de cordon permettant des analyses ultérieures. Vous serez sollicitée dans les 2 mois qui suivent l'accouchement pour fournir l'information permettant à votre médecin de prévenir l'Agence de la biomédecine en cas de nécessité. Cette information est importante pour le devenir et l'usage de ce don de sang de cordon pour le traitement d'un malade. En cas de besoin pour une greffe familiale allogénique, si le prélèvement n'a pas été cédé, la traçabilité permettra de le retrouver.

Après validation, le greffon (ainsi que ses caractéristiques) sera inscrit sur le registre national centralisant les demandes de greffe. Il sera choisi selon son degré de compatibilité tissulaire avec le receveur et sa richesse cellulaire. La banque de sang placentaire ou la maternité dans laquelle vous avez accouché est susceptible de vous contacter à tout moment pour un complément d'information ou si une anomalie est détectée lors des analyses effectuées. Vous serez tenue informée par courrier du devenir du don de sang de cordon auquel vous avez consenti.

Cas particulier

Si une personne de votre famille est atteinte d'une maladie nécessitant une greffe, le médecin responsable de la prise en charge de cette personne pourra demander le recueil et la conservation du sang de cordon qui sera alors réservé pour un usage familial strict.

Si votre don ne répond pas aux critères fixés par le Réseau Français de Sang Placentaire, le sang de cordon pourra être détruit selon les procédures validées et en place (dans ce cas, les analyses de dépistage des maladies transmissibles ne seront pas réalisées). Alternativement, il pourra être utilisé à des fins de recherche scientifique dans le cadre légal national ou être utilisé pour améliorer et valider les procédures et les contrôles qualité effectués sur ces produits (dans ce cas, des analyses de dépistage des maladies transmissibles seront réalisées).

Un don au service d'autrui

La conservation du sang de cordon n'est autorisée en France que pour un usage allogénique (le donneur et le receveur sont des personnes différentes) dans des banques publiques agréées qui constituent le Réseau Français de Sang Placentaire. Ces banques publiques recueillent les greffons de sang de cordon à partir d'un réseau de maternités autorisées par le ministère de la Santé. Ce réseau permet de garantir la qualité des procédures et l'égal accès aux soins pour l'ensemble de la population. La responsabilité et l'objectif de ces banques sont de mettre ces unités de sang de cordon à disposition de tout patient, quel que soit son pays d'origine, et à tout moment.

La conservation du sang de cordon pour son enfant n'a aucun fondement scientifique*

Des sociétés privées à but lucratif font miroiter de possibles utilisations du sang de cordon dans le futur pour soigner son enfant. Conserver le sang de cordon de son enfant dans une banque pour le soigner avec ses propres cellules au cas où il serait malade plus tard ne repose actuellement sur aucun fondement scientifique.

De plus, certaines de ces sociétés demandent aux parents de transporter ou d'envoyer par colis le sang de cordon prélevé. Cette pratique est illégale et punie par la loi.

À ce jour, aucune banque commerciale n'a été autorisée en France par les autorités de santé.

Nous sommes à votre disposition pour vous fournir les informations supplémentaires que vous jugeriez nécessaires.

* Pour plus d'informations : www.agence-biomedecine.fr

www.etalblissement-français-du-sang.fr

EFS ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG

Consentement pour le prélèvement, l'analyse et l'utilisation d'un don de sang de cordon

Agence de la biomédecine

Partie 1 - Prélèvement du sang de cordon

- Je consens volontairement et gratuitement à ce don à l'occasion de cette grossesse et confie ce don au Réseau Français de Sang Placentaire dans le but d'être mis à la disposition des malades pour un bénéfice médical.
- J'ai lu et compris toutes les notions relatives au don de sang de cordon et à son utilisation contenues dans la notice d'information qui m'a été remise, un médecin ou une sage-femme a répondu à toutes mes questions.
- Mon consentement n'oblige pas la maternité à collecter le sang de cordon si elle juge que les circonstances ne s'y prêtent pas.
- Enfin, je conserve la possibilité de revenir sur ce consentement jusqu'à la naissance de mon enfant, sans avoir à donner de justifications et sans préjudice quel qu'il soit.

Partie 2 - Entretien médical et analyses biologiques effectués

- J'accepte de répondre avec sincérité aux questions qui me seront posées dans le cadre d'un entretien médical prénatal et postnatal sur mes antécédents médicaux et ceux de mes proches.
- J'accepte qu'une mention spéciale mentionnant le don soit portée sur le carnet de santé de mon enfant, après analyse de son dossier médical.
- J'accepte que les analyses exigibles par la réglementation, ou recommandées, y compris la détermination de mon groupe tissulaire, soient réalisées et que l'on prélève pour cela mon sang, à l'accouchement. En cas d'anémie, ou à ma demande, je serai informée du résultat de ces analyses. J'accepte que ces mêmes analyses soient réalisées sur le sang de cordon prélevé, ainsi que la détermination du groupe tissulaire, indispensable à l'évaluation de la compatibilité entre le sang de cordon et le patient nécessitant une greffe.
- J'accepte que des échantillons de mon sang et du sang de cordon soient conservés à long terme dans l'éventualité d'analyses complémentaires, selon la réglementation en vigueur à ce jour.
- J'ai bien compris que, ce don étant et devant rester anonyme, il ne me sera pas possible de savoir à qui il a été greffé. Néanmoins, j'accepte le principe d'être éventuellement contactée pour un complément d'information par la banque de sang placentaire associée à l'établissement dans lequel j'ai accouché.

Partie 3 - Devenir des prélèvements conformes à un usage thérapeutique

- Je confie sans limite de temps la responsabilité de ce don au Réseau Français de Sang Placentaire pour que ce prélèvement soit stocké dans l'attente d'être mis à disposition et utilisé à des fins thérapeutiques à tout moment, pour tout patient dont l'état de santé nécessiterait une greffe.
- Je comprends que ce prélèvement pourrait ne plus être disponible pour un usage intrafamilial à une date ultérieure, s'il a été cédé au bénéfice d'un patient.

Partie 4 - Devenir des prélèvements non conformes pour un usage thérapeutique

- Dans l'éventualité où le prélèvement ne répond pas aux critères de conformité, j'accepte qu'il puisse être détruit selon les procédures en vigueur au sein de la banque de sang placentaire ou utilisé en collaboration avec des organismes de recherche reconnus, publics, hospitaliers ou universitaires (décret du 10 août 2007).
- d'études de validation de procédés ou de technique de contrôle qualité ou d'études de biologie ;
- de programmes de recherche médicale approuvés sur le plan éthique en collaboration avec des organismes de recherche reconnus, publics, hospitaliers ou universitaires (décret du 10 août 2007).

Partie 5 - Protection des informations personnelles

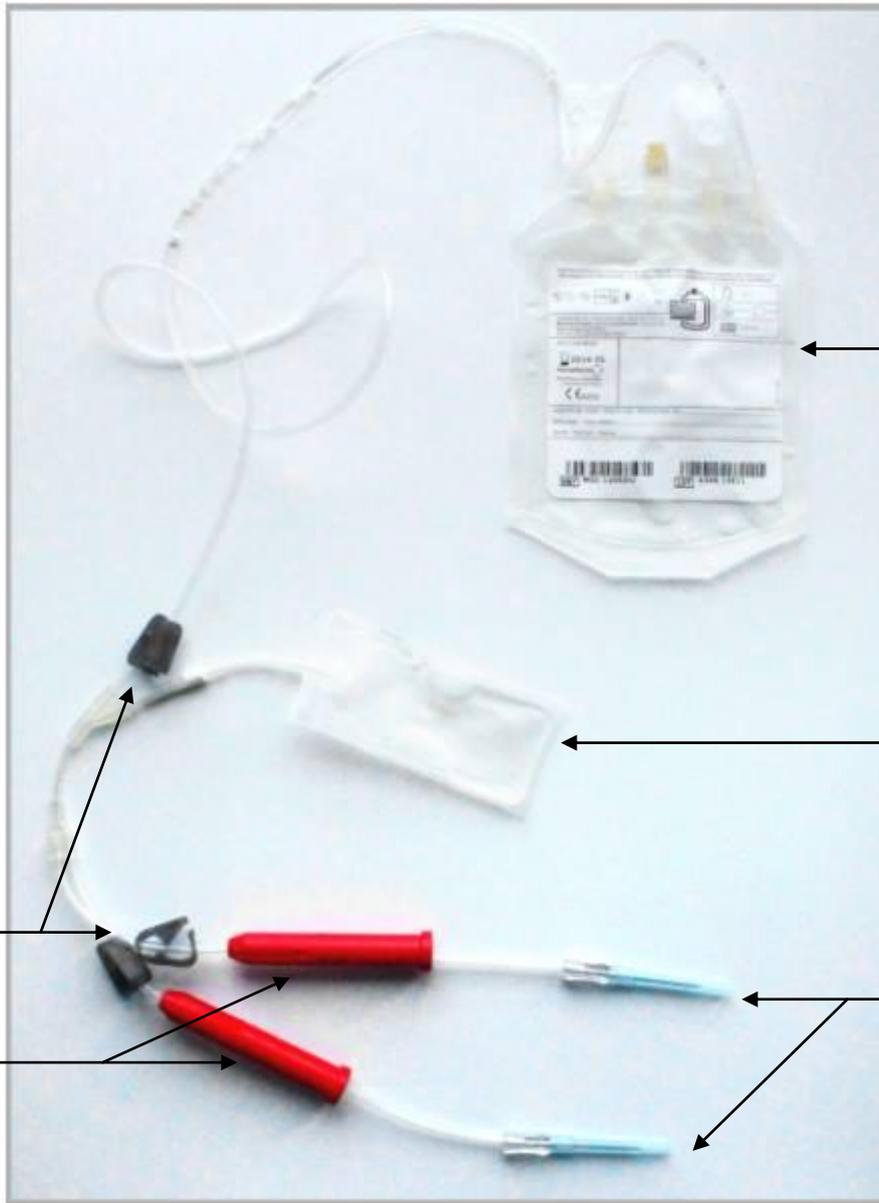
- Je consens à ce que les résultats des examens biologiques pratiqués dans le cadre du don de sang de cordon et certaines des informations me concernant ainsi que ma famille proche et mon enfant, collectés tant à l'occasion de l'entretien prénatal que postnatal fassent l'objet d'un enregistrement informatique par la banque de sang placentaire (BSP).
- Les données relatives aux caractéristiques du greffon comprenant des résultats d'analyses biologiques seront transmises sous forme anonyme à l'Agence de la biomédecine en vue de l'inscription du greffon sur le registre national centralisant les demandes de greffe et le cas échéant pourront être transmises en conformité avec les dispositions de la loi informatique et libertés en vue de permettre son utilisation à des fins non thérapeutiques.
- Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et libertés, je dispose d'un droit d'accès, et, en cas d'inexactitude, de rectification et de suppression de ces données en m'adressant au responsable de la banque de sang placentaire.

Nom marital : _____ Nom de jeune fille : _____
 Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____
 Date : ____/____/____ Signature : _____

Nom et signature de la personne recueillant le consentement et ayant vérifié l'identité de la mère :

FEUILLET BLANC DESTINÉ À LA PATIENTE - FEUILLET JAUNE DESTINÉ À LA MATERNITÉ - FEUILLET VERT DESTINÉ À LA BANQUE DE SANG PLACENTAIRE

Annexe 11 : Dispositif de recueil du sang placentaire



Poche de recueil

Poche de DMSO
(anti-coagulant)

Clamps

Cathéters de ponction

Systèmes de protection
post-ponction

Annexe 12 : Qualification néonatale



DON DE SANG PLACENTAIRE

QUALIFICATION CLINIQUE NEONATALE

- Document à remplir par le pédiatre de suites de couches et à renvoyer à la Banque-

Identification de l'enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : M F

Heure de naissance :

Poids de naissance :

Taille :

PC :

Terme : 37 38 39 40 41

Identification de la mère

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Examen du nouveau-né

Fait le : / / par :

Age du nouveau-né :J

Coloration	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Pâleur	<input type="checkbox"/> Ictère	<input type="checkbox"/> Cyanose
Examen pulmonaire	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal		
Examen cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal		
Examen neurologique et réflexes	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal		
Abdomen	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal		
Hépto-splénomégalie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		

Infection materno-fœtale	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Suspicion - Si OUI, détailler :
Ictère physiologique > à 48h	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Suspicion
Ictère pathologique par incompatibilité ABO rhésus	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Suspicion
Ictère pathologique autre	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Suspicion
Malformation	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Suspicion
Maladie hématologique	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Suspicion
Déficit immunitaire primaire	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Suspicion
Maladie métabolique	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Suspicion
Dysmorphie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Suspicion
Autre pathologie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Suspicion

CONCLUSION :

Normal

Anormal invalidant

Anormal à discuter

Cause :

Cause :

NOM et signature du médecin ayant effectué l'examen :

Annexe 13 : Qualification Post-natale



DON DE SANG PLACENTAIRE

QUALIFICATION CLINIQUE POSTNATALE

Identification de l'enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Identification de la mère

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

■ Pathologie de la mère depuis l'accouchement

.....
.....

■ Pathologie de l'enfant depuis la naissance

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Maladie fébrile ou éruption | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Hospitalisation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Transfusion | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Médicaments | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Herpès | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

■ Examen du nouveau-né au 2^{ème} mois

A compléter ou photocopier de l'examen clinique du carnet de santé

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Croissance staturo-pondérale normale | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Coloration normale | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Examen pulmonaire normal | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Examen cardio-vasculaire normal | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Examen neurologique et réflexes normaux | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Examen abdominal normal | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Aires ganglionnaires normales | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Absence d'anomalies morphologiques | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Développement psychomoteur normal | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Vaccinations effectuées | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

■ Conclusion

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Infection | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Malformation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maladie hématologique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Tumeur | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Atteinte neurologique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Déficit immunitaire primaire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maladie métabolique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Date de l'examen clinique :

Nom du médecin :

Signature :
.....

Document à remplir et à renvoyer à la :

BANQUE DE SANG PLACENTAIRE
Rue Pierre Jean Gineste – BP 91614
35016 RENNES Cedex
Tél. 02.99.54.83.39 – Fax : 02.99.54.74.19

Annexe 14

Tableau CSH P8. Nombre d'accouchements et de prélèvements en 2012 dans les maternités du Réseau Français de Sang Placentaire

SRA	ZIPR	Ville	Etablissement	Nombre d'accouchements	Nombre de prélèvements		
Grand Ouest	Ouest	ANGOULÈME	Centre Hospitalier	1564	356		
		CHAMBRAY LES TOURS	Clinique Vinci	2715	420		
		POITIERS	Centre Hospitalier Universitaire	2431	398		
		POITIERS	Clinique du fief de Grimoire	1367	110		
		RENNES	Clinique Mutualiste de la Sagesse	3191	512		
		RENNES	Hôpital Sud	4105	639		
		SAINT GREGOIRE	Centre Hospitalier privé	2455	623		
		SAINT HERBLAIN	Polyclinique de l'Atlantique	4758	537		
		TOURS	CHRU Bretonneau	3751	36		
		AGEN	Centre Hospitalier	927	29		
	Sud Ouest	AGEN	Clinique Esquirol-Saint-Hilaire	1006	250		
		AUCH	Centre Hospitalier	1008	320		
		BAYONNE	Centre Hospitalier de la côte basque	2327	479		
		BORDEAUX	Hôpital Pellegrin	5051	1208		
		BORDEAUX	Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine	2900	285		
		LIMOGES	Hôpital de la Mère et de l'Enfant	2644	322		
		LORMONT	Polyclinique Bordeaux Rive Droite	1575	104		
		MONT-DE-MARSAN	Hôpital Layné	1459	479		
		PESSAC	Hôpital privé Saint Martin	755	143		
		TOULOUSE	Clinique Ambroise Paré	3845	350		
Ile-de-France / Centre / Antilles / Guyane	Ile-de-France / Centre / Antilles / Guyane	ANTONY	Hôpital Privé	3272	479		
		BRY SUR MARNE	Hôpital Privé Marne La Vallée	2323	216		
		CLAMART	Hôpital Antoine Beclère	3050	830		
		CRETEIL	Centre Hospitalier Intercommunal	3180	602		
		DREUX	Centre Hospitalier	1816	515		
		LE BLANC-MESNIL	Hôpital Privé de la Seine-Saint-Denis	2946	467		
		LEVALLOIS PERRET	Institut Hospitalier Franco-Britannique	2433	1003		
		MASSY	Hôpital Privé Jacques Cartier	801	155		
		NOGENT SUR MARNE	Hôpital Privé Armand Brillard	3125	555		
		PARIS	Hôpital Armand Trousseau	3650	521		
		PARIS	Hôpital Universitaire Robert Debré	3071	1034		
		Nord-Est	Est	BELFORT	Centre Hospitalier	2099	271
				BESANCON	Maternité La mère et l'enfant	2234	793
				BESANCON	Polyclinique de Franche Comté	NC*	NC*
CHALON SUR SAÔNE	Centre Hospitalier			1898	36		
DIJON	Clinique Sainte Marthe			1994	558		
MULHOUSE	Centre Hospitalier Hasenrain			2757	251		
NANCY	Polyclinique Majorelle			2721	33		
SCHILTIGHEIM	CMCO Schiltigheim			3474	790		
STRASBOURG	Hôpital de Haute pierre			2699	359		
Nord-Ouest	LILLE			Clinique du Bois	2540	189	
	LILLE	Maternité Jeanne de Flandre	5652	701			
	ROUBAIX	Centre Hospitalier Nord	2650	162			
	VILLENEUVE D'ASCQ	Maternité	1864	423			
	Sud-Est / La Réunion	Sud-Est	AMBILLY ANNEMASSE	Centre Hospitalier Annemasse Bonneville	1705	324	
			ANNECY	Clinique Générale	1364	619	
ANNEMASSE			Polyclinique de Savoie	1051	125		
BRON			Hôpital Femme Mère Enfant	4285	1241		
CHAMBERY			Centre Hospitalier	3343	211		
GUILHERAND GRANGES			Hôpital Privé Drôme-Ardèche	1381	263		
LA TRONCHE			Hôpital Couple-Enfant	2961	739		
LYON			Hôpital de la Croix Rousse	4077	1020		
LYON			Hôpital Saint-Joseph Saint-Luc	1524	892		
PIERRE BENITE			Centre Hospitalier Lyon Sud	2198	603		
PRINGY			Centre Hospitalier de la région d'Annecy	2740	173		
SAINT-ETIENNE			Hôpital Nord	3295	459		
SAINT-ETIENNE			Hôpital privé de la Loire	1749	200		
SAINT-MARTIN D'HERES			Clinique Belle-donne	2177	422		
Sud-Méditerranée	VALENCE	Centre Hospitalier	2296	188			
	ALES	Centre Hospitalier	1472	137			
	MARSEILLE	Hôpital de la Conception	2964	483			
	MONTPELLIER	Clinique Clementville	2466	633			
	MONTPELLIER	Hôpital Arnaud de Villeneuve	3381	293			
	MONTPELLIER	Polyclinique Saint-Roch	3206	813			
	NIMES	Hôpital Carêmeau	1997	283			
	NIMES	Polyclinique du Grand Sud	1757	113			
	NIMES	Polyclinique Kenval	1064	285			
	PERPIGNAN	Centre Hospitalier	1656	238			
PERPIGNAN	Clinique Notre Dame d'Espérance	1917	211				
	Clinique Saint-Pierre	1454	151				
Total				171563	29662		
Moyenne				2486	430		
Min				755	29		
Max				5652	1241		

* NC = non communiqué

Questionnaire – don de sang placentaire

Madame,

Je suis Aurélie Parthenay, étudiante sage-femme en 4^{ème} année, je réalise actuellement un mémoire ayant pour thème le don de sang placentaire.

Je sollicite votre collaboration afin d'aborder le vécu, le point de vue et les motivations des femmes venant d'accoucher concernant le don de sang placentaire, qu'elles aient ou non effectué ce don.

Ce questionnaire restera anonyme.

Je vous remercie par avance du temps que vous voudrez bien accorder à ce questionnaire et de l'aide précieuse que vous apportez à la réalisation de ce mémoire.

Quel âge avez-vous ?.....

Poids de votre enfant

Durée de la grossesse en semaines d'aménorrhées (terme auquel vous avez accouché) :

Accouchement : 1. Voie basse 2. Césarienne programmée 3. Césarienne en urgence

Sexe de l'enfant : 1. Garçon 2. Fille

Allaitement: 1. Artificiel (biberon) 2. Maternel 3. Mixte

De quelle nationalité êtes-vous ?

- Française de naissance
- Française par acquisition
- Étrangère d'un autre pays d'Europe
- Étrangère d'Afrique du Nord
- Étrangère d'un autre pays d'Afrique
- Autre nationalité :

Habitez-vous : 1. En ville 2. En campagne 3. En zone périurbaine

Votre niveau d'études :

- 1. Arrêt avant le bac
- 2. Niveau BAC
- 3. BAC +1 ou BAC +2
- 4. BAC +3 ou plus

Votre profession habituelle :

<ul style="list-style-type: none">◆ 01- Agricultrice◆ 02- Artisan, commerçante◆ 03- Cadre (profession libérale, professeur, ingénieur, ...)◆ 04- Profession intermédiaire (institutrice, infirmière, technicienne, contremaître...)◆ 05- Employée de la fonction publique ou administrative des entreprises	<ul style="list-style-type: none">◆ 06- Employée de commerce◆ 07- Personnel de service pour les particuliers◆ 08- Ouvrière qualifiée◆ 09- Ouvrière non qualifiée◆ 10- Étudiante◆ 00- Pas de profession habituelle
---	--

La profession habituelle de votre conjoint :

<ul style="list-style-type: none">◆ 01- Agriculteur◆ 02- Artisan, commerçant◆ 03- Cadre (profession libérale, professeur, ingénieur, ...)◆ 04- Profession intermédiaire (institutrice, infirmière, technicienne, contremaître...)◆ 05- Employé de la fonction publique ou administrative des entreprises	<ul style="list-style-type: none">◆ 06- Employé de commerce◆ 07- Personnel de service pour les particuliers◆ 08- Ouvrier qualifié◆ 09- Ouvrier non qualifié◆ 10- Étudiant◆ 00- Pas de profession habituelle
--	--

Avez-vous déjà accouché auparavant ?

- 0- Non 1- Oui

Aviez-vous déjà effectué un don de sang placentaire ?

- 0- Non 1- Oui

Avez-vous déjà donné votre sang ? (Que ce soit au niveau d'une collecte de sang mobile ou d'un site fixe.)

- Oui plusieurs fois par an
- Oui de temps en temps
- Oui une ou deux fois
- Non jamais
- J'ai une contre-indication

Par qui a été suivie votre grossesse (en dehors du 8^{ème} et du 9^{ème} mois) ?

- Un médecin de la Polyclinique de l'Atlantique
- Une sage femme de la Polyclinique de l'Atlantique
- Un médecin généraliste
- Un Gynécologue de ville
- Une sage-femme libérale
- Autre :

Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité durant cette grossesse ?

- 0- Non 1- Oui

Avez-vous été informée durant votre grossesse de la possibilité d'effectuer un don de sang placentaire ? 0- Non 1- Oui

Si oui, par quel(s) moyen(s), avez-vous été informée ?

A. Par un professionnel de santé

- Médecin de la PCA
 Sage-femme de la PCA
 Médecin de ville
 Sage-femme libérale
 Autre:

B. Par d'autres moyens

- Internet
 Par la presse, la télévision
 Par les affiches, prospectus ou fiches d'informations de la PCA
 Par mon entourage
 Autre :

L'information fournie par les professionnels vous a-t-elle semblé suffisante ?

- 0- Non 1- Oui

Si ce n'est pas le cas, quelles informations vous ont manqué ?

.....
.....

À quel moment de la grossesse un professionnel a-t-il abordé le sujet avec vous ?

- à l'entretien prénatal du 4ème mois
 lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité
 lors d'une consultation de suivi de grossesse
 Autre :

À quel moment avez-vous pris votre décision de faire le don ?

- Le jour de l'information
 Dans la semaine qui a suivi
 Dans le mois suivant
 Plusieurs mois après

Vous avez donné du sang de cordon, quel est le principal motif de ce choix ?

- Cela m'a paru naturel et/ou car il s'agit d'un geste de solidarité
- J'ai un proche malade ou concerné par la greffe de cellules souches
- Mon conjoint/ Mes proches m'ont convaincue
- Un professionnel de santé m'a convaincue
- Autre :

Le don que vous avez effectué est-il conforme ?

- 0- Non
- 1- Oui
- 2-Je ne sais pas

La possibilité d'effectuer un don de sang placentaire a-t-elle influencé le choix de la maternité ?

- 0- Non
- 1- Oui

Souhaiteriez-vous à nouveau effectuer un don de sang placentaire lors d'une éventuelle prochaine grossesse ?

- 0- Non
- 1- Oui
- 2-Je ne sais pas

Conseilleriez-vous à une personne de votre entourage attendant un enfant de faire don du sang placentaire ?

- 0- Non
- 1- Oui
- 2-Je ne sais pas

Commentaires et suggestions :

Je vous remercie de votre participation.

Questionnaire – don de sang placentaire

Madame,

Je suis Aurélie Parthenay, étudiante sage-femme en 4^{ème} année, je réalise actuellement un mémoire ayant pour thème le don de sang placentaire.

Je sollicite votre collaboration afin d'aborder le vécu, le point de vue et les motivations des femmes venant d'accoucher concernant le don de sang placentaire, qu'elles aient ou non effectué ce don.

Ce questionnaire restera anonyme.

Je vous remercie par avance du temps que vous voudrez bien accorder à ce questionnaire et de l'aide précieuse que vous apportez à la réalisation de ce mémoire.

Quel âge avez-vous ?.....

Poids de votre enfant

Durée de la grossesse en semaines d'aménorrhées (terme auquel vous avez accouché)

Accouchement : 1. Voie basse 2. Césarienne programmée 3. Césarienne en urgence

Sexe de l'enfant : 1. Garçon 2. Fille

Allaitement: 1. Artificiel (biberon) 2. Maternel 3. Mixte

De quelle nationalité êtes-vous ?

- Française de naissance
- Française par acquisition
- Étrangère d'un autre pays d'Europe
- Étrangère d'Afrique du Nord
- Étrangère d'un autre pays d'Afrique
- Autre nationalité :

Habitez-vous : 1. En ville 2. En campagne 3. En zone périurbaine

Votre niveau d'études :

- 1. Arrêt avant le bac
- 2. Niveau BAC
- 3. BAC +1 ou BAC +2
- 4. BAC +3 ou plus

Votre profession habituelle :

<ul style="list-style-type: none">◆ 01- Agricultrice◆ 02- Artisan, commerçante◆ 03- Cadre (profession libérale, professeur, ingénieur, ...)◆ 04- Profession intermédiaire (institutrice, infirmière, technicienne, contremaître...)◆ 05- Employée de la fonction publique ou administrative des entreprises	<ul style="list-style-type: none">◆ 06- Employée de commerce◆ 07- Personnel de service pour les particuliers◆ 08- Ouvrière qualifiée◆ 09- Ouvrière non qualifiée◆ 10- Etudiante◆ 00- Pas de profession habituelle
---	--

La profession habituelle de votre conjoint :

<ul style="list-style-type: none">◆ 01- Agriculteur◆ 02- Artisan, commerçant◆ 03- Cadre (profession libérale, professeur, ingénieur, ...)◆ 04- Profession intermédiaire (institutrice, infirmière, technicienne, contremaître...)◆ 05- Employé de la fonction publique ou administrative des entreprises	<ul style="list-style-type: none">◆ 06- Employé de commerce◆ 07- Personnel de service pour les particuliers◆ 08- Ouvrier qualifiée◆ 09- Ouvrier non qualifiée◆ 10- Etudiant◆ 00- Pas de profession habituelle
--	--

Avez-vous déjà accouché auparavant ?

- 0- Non 1- Oui

Avez-vous déjà effectué un don de sang placentaire ?

- 0- Non 1- Oui

Avez-vous déjà donné votre sang ? (Que ce soit au niveau d'une collecte de sang mobile ou d'un site fixe.)

- Oui plusieurs fois par an
 Oui de temps en temps
 Oui une ou deux fois
 Non jamais
 J'ai une Contre-indication

Par qui a été suivie votre grossesse (en dehors du 8^{ème} et du 9^{ème} mois) ?

- Un médecin de la Polyclinique de l'Atlantique
 Une sage femme de la Polyclinique de l'Atlantique
 Un médecin généraliste
 Un Gynécologue de ville
 Une sage-femme libérale
 Autre :.....

Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité durant cette grossesse ?

- 0- Non 1- Oui

Avez-vous été informée durant votre grossesse de la possibilité d'effectuer un don de sang placentaire ?

- 0- Non 1- Oui

Si oui, par quel(s) moyen(s), avez-vous été informée ?

A. Par un professionnel de santé

- Médecin de la Polyclinique de l'Atlantique
 Sage-femme de la Polyclinique de l'Atlantique
 Médecin de ville
 Sage-femme libérale
 Autre:

B. Par d'autres moyens

- Internet
 Par la presse, la télévision
 Par les affiches, prospectus ou fiches d'informations de la Polyclinique
 Par mon entourage
 Autre :

L'information fournie par les professionnels vous a-t-elle semblé suffisante ?

- 0- Non 1- Oui

Si ce n'est pas le cas, quelles informations vous ont manqué ?

.....
.....

À quel moment de la grossesse un professionnel a-t-il abordé le sujet avec vous ?

- À l'entretien prénatal du 4ème mois
 Lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité
 Lors d'une consultation de suivi de grossesse
 Autre :

À quel moment avez-vous pris votre décision concernant le don ?

- Le jour de l'information
 Dans la semaine qui a suivi
 Dans le mois suivant
 Plusieurs mois après

Vous n'avez pas effectué de don, était-ce : 1. Par choix personnel 2. Par impossibilité

Si c'est par choix personnel, quel est le principal motif de ce choix ?

- Cela ne m'intéresse pas, je ne me sens pas concernée
- Je n'ai pas eu assez d'informations
- Pour des raisons culturelles ou religieuses
- Par peur de la douleur pour moi ou mon enfant au moment du prélèvement
- Par manque de temps quant au parcours demandé pour effectuer ce don
- Des proches me l'ont déconseillé
- L'idée de faire don d'une partie de moi / de mon enfant me dérange
- Autre raison :

S'il s'agit d'une impossibilité, pour quelle raison le don n'a-t-il pas été effectué ?

- Je présente une contre-indication à ce don
→ Si tel est le cas, quelle était la contre-indication :
- Je n'étais pas informée de la possibilité d'effectuer ce don de sang placentaire
- Par impossibilité d'assister à l'entretien préalable
- Je souhaitais effectuer ce don mais cela n'a pas été possible et je ne sais pas pourquoi
- Autre :

Souhaiteriez-vous effectuer un don de sang placentaire lors d'une éventuelle prochaine grossesse ?

- 0- Non 1- Oui

Conseilleriez-vous à une personne de votre entourage attendant un enfant de faire don du sang placentaire ?

- 0- Non 1- Oui

Commentaires et suggestions :

Je vous remercie de votre participation.

Résumé

Le nombre de patients en attente d'une greffe de CSH ne cesse de croître d'année en année. La découverte de la possibilité de greffe de CSH à partir de sang placentaire a d'ores et déjà permis une avancée notable en terme de nombre de greffes par an. Cependant, la France n'est pas apte à fournir toutes les unités de sang placentaire nécessaires aux greffes et se voit contrainte d'en importer depuis l'étranger, entraînant des dépenses considérables. En France 82 maternités sont actuellement habilitées à prélever le sang placentaire. La France est le seul pays à avoir interdit l'installation de banques privées à visée autologue sur son territoire. Les experts ont fixé l'autosuffisance nationale à partir de 50 000 USP conservées. À ce jour nous avons dépassé les 30 000 USP, cependant il est nécessaire de continuer à travailler au développement de cette pratique. L'étude se déroule au sein de la Polyclinique de l'Atlantique, seule maternité habilitée à prélever le sang placentaire en Loire-Atlantique. L'objectif était de comprendre le choix des patientes afin de dégager des axes d'amélioration en vue d'augmenter le nombre de dons au sein d'une maternité habilitée. Les résultats montrent que la majorité des patientes est favorable au DSP et que l'information peut avoir un impact non négligeable sur le nombre de consentements au don. Cela concerne aussi bien l'information elle-même que la manière dont elle est transmise. Ainsi il est important de mettre un point d'honneur à la communication autour de ce sujet dans la population générale et non seulement dans les maternités habilitées. Il est également nécessaire de soigner la nature et l'abord de l'information auprès des patientes afin de leur permettre de s'impliquer autant qu'elles le souhaitent. L'information repose sur tous les professionnels de santé pouvant être amenés à aborder le sujet.

Mots clés : Don, sang de cordon, sang placentaire, cellules souches hématopoïétiques, information, grossesse, Polyclinique de l'Atlantique.