



# Les Dossiers de la Maïeutique

www.dossiers-de-la-maieutique.fr

Les Dossiers de la Maïeutique (2014) 1(3), 98-106

## La prévention de la toxoplasmose pendant la grossesse, connaissances et mise en application des méthodes de prévention

[Toxoplasmosis prevention during pregnancy, knowledge and application of prevention methods]

Marion Jourdy, Marie-Christine Leymarie, Véronique Bonnet

Contact – Marion Jourdy - marionjourdy@hotmail.fr

Soumission initiale le 8 juillet 2014 - Soumission révisée le 25 août 2014 - Accepté pour publication le 28 septembre 2014

### RESUME

*Introduction* : La toxoplasmose est une infection asymptomatique pour la majorité des personnes infectées. Néanmoins, une infection maternelle pendant la grossesse peut être associée à une transmission transplacentaire et entraîner une toxoplasmose congénitale dont la sévérité est inversement proportionnelle à l'âge gestationnel. Le taux de séroconversion toxoplasmique pendant la grossesse a été estimé à environ 2700 cas par an; en 2011, 199 cas de toxoplasmose congénitale ont été diagnostiqués en France. Un programme de surveillance est actuellement proposé aux femmes enceintes séronégatives afin de détecter une séroconversion et proposer un traitement adéquat pendant la grossesse et immédiatement après la naissance.

*Objectif* : Explorer le vécu du dépistage d'une potentielle séroconversion chez des femmes séronégatives en début de grossesse. *Méthode* : Approche qualitative inductive de type théorisation ancrée par entretien non directif auprès de quinze femmes séronégatives au début de leur grossesse.

*Résultats* : Quatre catégories principales ont émergé de l'analyse thématique : le niveau d'inquiétude et de stress à l'annonce de la séronégativité; la contrainte du suivi entraîné par la séronégativité bien que toutes les femmes interviewées dans le cadre de cette étude se soient soumises au régime médical de surveillance et de dépistage; l'adaptation du mode de vie à la séronégativité par les femmes et leurs proches; et enfin le soulagement qui accompagne la fin de la grossesse et la fin de la période de risque pour le fœtus.

*Discussion et conclusion* : Cette étude, entreprise dans le cadre d'un travail de fin d'études, a l'avantage d'avoir exploré le vécu de femmes séronégatives à un moment où plusieurs questions se posent sur l'avenir de ce programme de dépistage de la séroconversion pendant la grossesse. Le niveau de séronégativité pour la toxoplasmose augmente à cause des changements d'hygiène personnelle et alimentaire. La maintenance du programme de dépistage de séroconversion aura donc un impact économique important qui pose question. Il sera donc important de mettre sur pied des programmes d'information effectives pour les femmes enceintes et le grand public afin de limiter les risques de séroconversion pendant la grossesse et ses conséquences potentielles néfastes pour les fœtus et nouveau-nés.

### ABSTRACT

*Introduction* : Toxoplasmosis is an asymptomatic infection for the majority of individuals. However, a maternal infection during pregnancy can be associated with a transplacental fetal infection with consequences that are more severe the early in the pregnancy the fetal infection occurs. The rate of toxoplasmosis seroconversion during pregnancy has been estimated at around 2700 cases in France; 199 cases of congenital toxoplasmosis were identified in France in 2011. A monitoring programme is presently proposed to seronegative women during pregnancy to detect a seroconversion and put in place the adequate treatments during pregnancy and immediately after birth.

*Objective* : To explore the experience of the monitoring of potential seroconversion for pregnant women who are seronegative at the onset of pregnancy.

*Method* : Qualitative inductive approach following a grounded theory method, with open questions interviews of 15 pregnant women who were seronegative at the beginning of pregnancy.

*Findings* : Four main categories emerged from the thematic analysis: worry and stress levels at learning of the seronegativity; constraints that this seronegativity meant in terms of medical follow up although all the women interviewed in this study followed the medical care and screening; adaptation of life styles meant to reduce the risk of seroconversion by the pregnant women, their relatives and friends; and finally the relief that came with the end of the pregnancy and therefore the end of the risk for the fetus.

*Discussion and conclusion* : This study, undertaken in the context of the final assignment of the first author's midwifery studies, has the advantage of having been undertaken at a time when questions are raised about the future of the toxoplasmosis seroconversion screening programme during pregnancy. The rate of seronegative women has increased because of changes

in personal hygiene and nutrition which have reduced the risk of infection. The question of the cost of continuing the screening programme is therefore raised. Should the pregnancy screening programme be cancelled, it will be important to put in place effective information programmes for pregnant women specifically as well as the general public at large to limit the risks of seroconversion during pregnancy and its potentially serious consequences for the fetus and the neonate.

**Mots clés :** toxoplasmose, grossesse, dépistage, vécu, perception de risque - **Keywords:** toxoplasmosis, pregnancy, screening, lived experience, risk perception

## Introduction

La toxoplasmose est une zoonose très répandue chez l'homme et l'animal. L'agent responsable est *Toxoplasma gondii* (*T gondii*). Il se présente sous trois formes évolutives : la forme végétative ou tachyzoïte, le kyste et l'oocyste. Chacune est associée à un mode de contamination spécifique :

- transmission par l'absorption d'oocyste se fait lors d'ingestion de fruits et légumes crus, non lavés, ou souillés par la terre contenant des oocystes. Elle peut être aussi le résultat d'un manque d'hygiène des mains, après contact avec la terre ou la litière du chat.
- transmission par les kystes se fait lors d'ingestion de viandes crues ou insuffisamment cuites. Les principales viandes à risque sont la viande bovine, ovine, ou chevaline.
- transmission par les tachyzoïtes se fait par la transmission transplacentaire et est responsable de la contamination du fœtus pendant la grossesse (Association française des professeurs de parasitologie & ANOFEL, 2002; Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, 2007). Cette contamination peut entraîner des séquelles sévères pour le fœtus et l'enfant.

Chez les sujets immuno-compétents, la toxoplasmose est asymptomatique dans 80% des cas. Pour les cas où les symptômes sont présents, les individus présentent des adénopathies de localisation cervicale, une fièvre inconstante et une asthénie ou syndrome mononucléosique. L'évolution de l'infection est bénigne et la guérison spontanée (Haute Autorité de Santé, 2009).

### **La toxoplasmose congénitale**

Elle est due à la contamination transplacentaire du fœtus par des tachyzoïtes de *T gondii*, suite à une primo-infection chez la femme enceinte dans la plupart des cas. Quelques cas exceptionnels de toxoplasmose congénitale, chez des patientes immunocompétentes et immunisées contre la toxoplasmose avant la grossesse, sont dus à la grande virulence de certaines souches de *T gondii* ou, très rarement, chez la patiente immunodéprimée (Lebas *et al.*, 2004; Valdes *et al.*, 2011).

### **Toxoplasmose et grossesse**

Lorsqu'il y a une séroconversion toxoplasmique maternelle au cours de la grossesse, le risque d'infection du fœtus est d'environ 30%. Ce risque dépend de l'âge gestationnel au moment de l'infection maternelle.

La séroconversion est estimée à 4-14% au premier trimestre et supérieure à 50% au troisième trimestre. A l'inverse, l'atteinte fœtale est d'autant plus sévère que la contamination survient tôt dans la grossesse et se traduit par un mort fœtale ou des séquelles sévères pour une séroconversion pendant le premier trimestre mais seulement une forme infraclinique pour une infection pendant le troisième trimestre de la grossesse (Dardé & Peyron, 2002).

Le dépistage obligatoire par surveillance sérologique mensuelle des femmes enceintes séronégatives a été instauré en 1992 et confirmé plus récemment (République française, 2003). Les enjeux de ce dépistage sont (1) d'identifier les femmes séronégatives en début de grossesse pour leur expliquer le suivi biologique mensuel, et les mesures de prévention hygiéno-diététiques afin d'éviter une séroconversion maternelle au cours de la grossesse; (2) de déterminer le plus précocement possible une séroconversion toxoplasmique maternelle en cours de grossesse afin de mettre rapidement en place un suivi spécialisé et un traitement spécifique. Ce dernier a pour rôle d'éviter la transmission de la maladie au fœtus ou, en cas de toxoplasmose congénitale, d'en limiter les séquelles (Centre National de Référence de la Toxoplasmose, 2013).

Le dépistage sérologique est fait en début de chaque grossesse. Aucun suivi n'est nécessaire si la femme est séropositive. Par contre, si elle est séronégative, un examen sanguin mensuel est prescrit (Vendittelli & Janky, 2001). Si une séroconversion est avérée pendant la grossesse ou s'il y a une suspicion d'infection toxoplasmique, le dépistage d'une infection fœtale est proposé. L'objectif de cet examen est de savoir si le fœtus est oui ou non contaminé. Ce diagnostic repose sur la réalisation d'une amniocentèse pour recherche de *T gondii* dans le liquide amniotique (Haute Autorité de Santé, 2009). Un résultat positif signifie que le fœtus est atteint, mais il ne peut présager de son état clinique. Une surveillance échographique du fœtus sera alors associée au bilan biologique prénatal afin de dépister des signes d'infection (Émile, 2009; Haute Autorité de Santé, 2009).

Dès qu'une infection maternelle est suspectée, un traitement préventif par spiramycine à la posologie de 9MU/jour en trois prises est instauré. Ce traitement a pour objectif de diminuer le risque de transmission mère-enfant. Si l'infection fœtale est prouvée, la spiramycine est remplacée par un traitement renforcé associant la pyriméthamine à un sulfamide. Selon les auteurs, deux protocoles sont proposés : pyriméthamine 50mg/jour + sulfadiazine 3g/jour en deux prises ou

l'association pyriméthamine + sulfadoxine, à raison d'un comprimé/20kg tous les 10 jours sans dépasser trois comprimés par prise, toujours en association avec de l'acide folique (Haute Autorité de Santé, 2009; Garcia-Meric *et al.*, 2010; Buffaz *et al.*, 2014).

Au moment de l'accouchement d'une femme ayant fait un séroconversion pendant la grossesse, le placenta est recueilli afin d'y rechercher le parasite. Un examen clinique du nouveau-né sera aussi réalisé afin de rechercher des fœtopathies : augmentation du périmètre crânien, micro-ophtalmie et troubles du tonus. Une échographie transfontanellaire sera pratiquée pour rechercher des anomalies cérébrales potentielles et un fond d'œil pour identifier une chorioretinite possible (Kieffer *et al.*, 2008). Quelques rares cas de toxoplasmose congénitale ne sont pas dépistés pendant la grossesse. Ainsi un suivi sérologique sera aussi effectué sur ces enfants. Il aura pour objectif d'exclure définitivement une toxoplasmose congénitale ou d'identifier les cas de toxoplasmose congénitale non diagnostiqués par les examens précédents en période prénatale et à la naissance. Le diagnostic sérologique néonatal a pour objectif de détecter les anticorps spécifiques synthétisés par le nouveau-né, preuve de l'infection de celui-ci, sur un prélèvement sanguin effectué au troisième jour de vie de l'enfant (Villena *et al.*, 2003). Les enfants infectés seront traités dès la confirmation du diagnostic (Buffaz *et al.*, 2014).

### **Prévention de la toxoplasmose**

En l'absence de vaccin, la prévention reste la meilleure façon de réduire le taux de séroconversion de femmes séronégatives pendant la grossesse et donc d'éviter des cas de toxoplasmose congénitale. Depuis la mise en place du dépistage, il y a eu une amélioration de l'hygiène et de la conservation des aliments. Des règles hygiéno-diététiques simples permettent d'éviter une séroconversion toxoplasmique pendant la grossesse (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, 2007).

Ces mesures d'hygiène personnelle et alimentaire semblent être associées à une diminution de la prévalence de la toxoplasmose chez les femmes en âge de procréer (Centre National de Référence de la Toxoplasmose, 2013).

Le programme de prévention a été instauré à une époque où la séroprévalence de la toxoplasmose des femmes en âge de procréer était très élevée (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, 2007). Le taux d'infection par la toxoplasmose a diminué depuis plusieurs décennies et on a noté également une diminution du nombre de cas de toxoplasmose congénitale clinique ces dernières années. Malgré ces évolutions positives, le suivi biologique mensuel au cours de la grossesse reste inchangé. Ceci soulève des questions scientifiques et économiques. Des études visant à modifier ce programme de prévention, par exemple un prélèvement biologique trimestriel des

femmes enceintes, et non plus mensuel a été proposé, mais refusé pour le moment (Haute Autorité de Santé, 2009; Centre National de Référence de la Toxoplasmose, 2013).

L'infection par la toxoplasmose peut entraîner des séquelles sévères pour les enfants des femmes qui la contractent pendant la grossesse, mais elle est entièrement évitable. Bien que l'information sur les mesures préventives d'hygiène alimentaire et personnelle soit disponible, quelques cas de toxoplasmose congénitale sont encore diagnostiqués chaque année.

Dans un système de santé où les femmes enceintes séronégatives pour la toxoplasmose en début de grossesse ont une prise de sang mensuelle pour dépister une séroconversion, la question de savoir quel est le niveau de connaissance ou d'application de ces connaissances par ces femmes se pose.

L'objectif de cette étude a donc été d'explorer la signification de la toxoplasmose chez des femmes enceintes non immunisées en début de grossesse et la façon dont elles ont mis en application des mesures de prévention d'une séroconversion possible pendant la grossesse afin d'éviter une infection mère-enfant et ses séquelles infantiles potentiellement sévères.

### **Méthode**

Dans le cadre d'une étude dont l'objectif est d'explorer le vécu de la grossesse de femmes séro-négatives pour la toxoplasmose, une approche qualitative inductive de type théorisation ancrée a été adoptée (Guillemette & Luckerhoff, 2009)

L'étude par entretiens non-directifs avec un échantillon de convenance de seize femmes a eu lieu au CHU de Clermont-Ferrand. Quinze femmes ont été interviewées face à face au deuxième jour du postpartum. La taille de l'échantillon a été déterminée par l'analyse des données collectées quand le point de saturation théorique, c'est-à-dire le moment où les analyses des dernières interviews n'ont plus apporté de nouvelles interprétations, a été atteint (Savoie-Zajc, 2007). Pour être incluses dans cette étude, les femmes avaient dû être séronégatives pour la toxoplasmose en début de grossesse. Les femmes qui ne pouvaient pas comprendre ou s'exprimer en français ou dont la grossesse n'avait pas été suivie ou mal suivie ont été exclues.

Chaque entretien a été débuté par une seule et même question : "*Comment c'est déroulé votre grossesse, sachant que vous n'étiez pas immunisée contre la toxoplasmose au début de celle-ci ?*".

### **Résultats**

Vingt femmes qui remplissaient les critères d'inclusion ont été approchées. Quatre ont refusé de participer.

Une femme a fait une séroconversion au début de la grossesse. Quinze femmes ont été interviewées entre le 8 et le 23 décembre 2013. Elles étaient toutes de nationalité française et toutes d'origine française, sauf une qui était d'origine marocaine.

Les entretiens ont eu lieu le deuxième jour après l'accouchement, dans le service de suite de couches. La longueur des interviews a varié entre quatre et quinze minutes. Chaque entretien a été retranscrit intégralement en respectant l'anonymat des participantes.

La collecte et l'analyse des données ont été conduites en parallèle. La retranscription intégrale sur support informatique des propos recueillis a été entreprise au fur et à mesure des interviews. Afin d'être le plus objectif et le plus exhaustif possible, les interviews ont été retranscrites mot pour mot, sans correction, ni reformulation. Les hésitations, les silences, les rires ont également été notés. Cette retranscription pousse le chercheur à la réflexion et constitue un procédé d'une grande importance dans l'analyse (Bailey, 2008).

L'analyse des données a été réalisée en trois étapes: (1) la codification ouverte qui a permis d'analyser les premiers entretiens en profondeur pour en dégager les thèmes pertinents à l'étude; (2) la codification axiale qui a permis d'approfondir les thèmes identifiés et enfin (3) la codification sélective qui a permis de déterminer les recoupements entre les thèmes identifiés (Couture, 2003). Ainsi, après avoir organisé les données par thème, l'analyse a tenté de reconstruire la réalité telle qu'elle était perçue par les participantes.

Plusieurs thèmes ont émergé de l'analyse des interviews. Les thèmes principaux peuvent être identifiés comme suit :

- le niveau d'inquiétude et de stress à l'annonce de la séronégativité
- la contrainte du suivi entraîné par la séronégativité
- l'adaptation du mode de vie à la séronégativité
- le soulagement de la fin de la grossesse.

### **Le niveau d'inquiétude et de stress à l'annonce de la séronégativité**

Ce thème est le plus récurrent. Certaines femmes ont exprimé un sentiment de stress à l'annonce de leur séronégativité. Ce sentiment pouvait être lié à leur inquiétude face à un risque potentiel pour leur enfant :

- *un peu stressant de ne pas être immunisée [...] je ne voulais pas qu'il se passe quelque chose de mal (F1)*
- *c'est que la toxo, ça peut juste tuer votre gamin (F2)*

ou à leur questionnement vis-à-vis d'une adaptation de leur alimentation :

- *est ce que je vais réussir à me nourrir correctement, faire attention à tout (F5)*
- *faut faire attention à ce qu'on mange" (F6)*

Toutefois, ce sentiment de stress n'était pas éprouvé par toutes les femmes interviewées et il est possible que certaines relativisaient l'information beaucoup plus que d'autres, comme cette femme qui disait :

- *je ne me suis pas dit "mon Dieu!". je ne suis pas quelqu'un qui se fait du souci pour rien (F15)*

mais démontrait cependant aussi qu'elle comprenait que d'autres femmes puissent réagir différemment.

Bien que le but de cette analyse n'ait pas été d'établir une comparaison entre différentes catégories, le sentiment d'inquiétude et de stress semble être moins important chez les multipares :

- *moins inquiétée parce que je savais à quoi m'attendre (F2)*
- *ma fille va très bien. Mes deux autres enfants vont très bien aussi. Donc euh voilà... (F4)*
- *J'avais déjà vécu ça avant pour la première grossesse, donc... (F8)*
- *[à la question "Est-ce que la toxoplasmose c'est quelque chose qui vous a inquiétée"] Non pas du tout" (F12)*

### **La contrainte du suivi entraîné par la séronégativité**

Le suivi proposé pour les femmes séronégatives comprend une prise de sang mensuelle. Toutes les femmes interrogées se soient pliées à cette exigence parce qu'elles semblaient en comprendre l'importance et étaient donc résignées à suivre les conseils des professionnels de santé consultés :

- *ça fait parti du jeu (F3)*
- *bon, faut les faire (F7)*
- *on prend l'habitude (F9)*

voire rassurées par ce suivi :

- *c'est bien parce qu'il faut un suivi car finalement, on ne sait jamais (F10)*
- *vaut mieux vérifier (F11)*
- *je trouvais ça bien d'avoir un suivi régulier (F13).*

Certaines ont cependant considéré ce suivi comme un peu contraignant (F4 et F15)

- *le plus contraignant c'est d'aller faire les prises de sang tous les mois (F7)*
- *mais tous les mois une prise de sang ! (F8)*
- *ces prises de sang, d'y aller c'est fatigant (F12).*

Trois répondantes ont trouvé ce suivi "très médical" (F8), voire "excessif [...] très lourd" (F12), "c'est lourd" (F15).

### **L'adaptation du mode de vie à la séronégativité.**

Les conseils donnés aux femmes et leur objectif précis semblent avoir rendu les "sacrifices" et les adaptations plus faciles à accepter pour certaines et pour leurs proches.



Les adaptations peuvent être identifiées à deux niveaux: la femme enceinte elle-même et son entourage.

Au niveau personnel, l'intérêt de l'enfant prime et rend les changements acceptables et compréhensibles :

- *Des petits plaisirs de la vie, mais voilà, c'est futile par rapport à l'événement à venir (F3)*
- *On s'adapte très facilement on sait que c'est pour la bonne cause (F15)*
- *Les légumes, les fruits je les ai tous lavés dans le vinaigre (F6)*
- *Et ben j'ai exclu tout ce qui était lait cru, viandes crues et saignantes (F10)*
- *Euh au niveau de la nourriture bon ben on a pas le droit de manger des crustacés et tout. Donc, ben, on en a pas mangé (rire). Au niveau des légumes ben il faut mieux les lavés (F12)*
- *J'ai bien lavé mes légumes, mes mains régulièrement [...] La viande aussi. Bien cuite (F13)*
- *J'ai deux chats chez moi aussi. Je les ai envoyés chez mes parents (F15).*

Au niveau de la famille et l'entourage qui sont perçus comme soutenant la femme enceinte, nous avons retrouvé plusieurs comportements :

- *mon compagnon était [...] attentif (F3)*
- *ils comprennent [...] ils s'adaptent (F5)*
- *ils comprenaient, si, ils faisaient attention (F6, F9 & F10).*

Certains changements de comportement ont démontré que ces changements étaient basés sur des connaissances antérieures

- *ah oui tout à fait [...] ils prévoient autre chose (F12)*
- *tout le monde a bien joué le jeu (F13)*

alors que d'autres - les "curieux" - posaient simplement des questions :

- *ils étaient curieux même; ils me disaient "ah! bon, tu ne peux pas manger ça, mais pourquoi ?" (F3).*

Tous ne comprenaient pas nécessairement l'importance qu'une séroconversion pendant la grossesse pourrait avoir sur la santé de l'enfant. Ils pouvaient alors être perçus comme jugeant ou même banalisant la toxoplasmose:

- *mon mari me disait, oh mais c'est que la toxoplasmose (F1)*
- *les gens autour de moi qui m'ont dit, oh c'est bon la toxo ça n'existe presque plus, t'as pas besoin de te priver comme ça [...] c'était quand le dernier cas de toxo (F2)*
- *ils sont habitués ne pas se prendre la tête (F7)*
- *mon mari était comme moi[...] on risque rien quoi(F14)*

et certaines femmes savaient qu'il y avait

- *deux camps, ceux qui te soutiennent et te comprennent et ceux qui se vexent, s'offusquent (F2).*

### **Le soulagement de la fin de la grossesse**

Toute grossesse a une fin relativement bien déterminée et les changements qui sont demandés aux femmes enceintes séronégatives pour la toxoplasmose afin de prévention une séroconversion potentiellement négative pour le fœtus ont une finalité.

- *Et quand je voyais les autres qui ne se privaient pas, qui pouvaient faire ce qu'ils voulaient, ben mon petit cœur il se pinçait en disant "allez plus que 8 mois 7, 6..." (F2).*

Les répondantes ont été interviewées après leur accouchement et pouvaient donc réfléchir à leur expérience et au fait que les changements temporaires qu'elles avaient mis en place pouvaient maintenant être abandonnés, en tout cas jusqu'à une prochaine grossesse. Certaines en étaient satisfaites :

- *On est contente quand ça s'arrête (F5)*
- *Je suis contente que ce soit fini (F12)*

et d'autres y voyaient une espèce de "récompense" :

- *Comme j'dis, ça m'arrangerait de l'attraper entre temps (F1).*

La progression de l'analyse a permis de cibler certains aspects plus précisément au fur et à mesure de l'élaboration de l'analyse. D'autres aspects ont alors fait l'objet de questions plus précises, en particulier, le type et la provenance de l'information sur la prévention de la séroconversion de la toxoplasmose pendant la grossesse, et le suivi des recommandations.

Presque toutes les femmes interviewées ont indiqué avoir reçu une information pendant la grossesse actuelle. Deux femmes multipares avaient été informées lors d'une grossesse antérieure. L'information avait été délivrée par le médecin traitant, la sage femme, le gynécologue, par plaquette ou feuille d'information, discours oral. Deux femmes ont eu recours à l'Internet.

Les femmes ont suivi les recommandations reçues à différents degrés. Certaines les ont suivies tout au long de la grossesse, d'autres ont suivi une partie des consignes mais pas toutes; d'autres encore ont "craqué" de temps en temps. Cette étude n'a pas permis d'explorer les raisons qui ont encouragé ces femmes à suivre ces recommandations dans leur entièreté ou non. Cependant, quelques raisons peuvent être identifiées. Pour certaines femmes, ne pas suivre les recommandations n'en valait simplement pas la peine :

- *c'était un nouveau papa [...] c'était son premier enfant. Et risquer de lui annoncer que ben euh finalement j'ai mangé un bout de viande parce que j'ai craqué, et ben ton bébé tu n'en auras pas. Non je ne le faisais*

*pas (F2).*

Pour d'autres, il semblerait qu'une variation de la compréhension ou une relativisation des risques encourus pourrait partiellement expliquer le suivi plus ou moins partiel des recommandations. Il pourrait ici s'agir du développement de la grossesse elle-même ou encore, pour les multipares qui ont des enfants en bonne santé, de justifier leur comportement par l'évidence de la bonne santé des enfants précédents :

- *J'ai mangé de la charcuterie [...] la viande saignante aussi [...] on ne s'inquiète pas parce que l'on ne sait pas ce qu'on risque (F11)*
- *la charcuterie [...] j'en ai mangé vers la fin de ma grossesse [...] il y a peu de raisons que j'attrape la toxo (F14)*
- *au début on fait attention à tout [...] à la fin on baisse un peu la garde (F5)*
- *moi j'ai mangé du jambon, du saucisson, du jambon cru [...] ça m'aurait embêtée de m'en priver. Et puis regardez ma fille va très bien (F4).*

La prise de conscience de la grossesse et de la réalité de l'enfant à venir semble aussi pouvoir expliquer certaines variations :

- *au début je ne faisais pas trop attention (F1)*
- *les trois premiers mois, on a du mal à prendre conscience [...] entre les 3 et les 9, j'ai fait attention (F3).*

Mais pour d'autres femmes encore, il y a une sorte de fatalité

- *j'ai mangé du gibier [...] du saucisson, j'ai dû en manger deux fois [...] j'étais dans la logique si ça doit arriver ça arrivera (F7).*

Cette dernière partie de l'analyse démontre clairement que les raisons pour lesquelles certaines femmes ont plus ou moins suivi les recommandations dont elles avaient pris connaissance sont multiples et complexes. Le risque encouru est numériquement limité, même si les conséquences peuvent être extrêmement sérieuses pour le fœtus ou l'enfant.

L'analyse qualitative a permis l'identification de quatre thèmes principaux : inquiétude et stress, contrainte du suivi entraîné par la séronégativité, adaptation du mode de vie à la séronégativité et soulagement à la fin de la grossesse. L'expérience de ces femmes n'est pas homogène et l'analyse a démontré des variations relativement importantes, par ex. dans l'expérience du stress, avec quelques femmes fort inquiètes, mais d'autres que cette séronégativité n'a pas troublées particulièrement.

## Discussion

Cette étude a eu pour objectif d'explorer le vécu

de la grossesse des femmes séronégatives pour la toxoplasmose. Afin d'explorer ce vécu, une méthode inductive, la théorie ancrée, a été sélectionnée parce qu'elle permet de générer une théorie par le biais d'une analyse de données qualitatives systématiquement recueillies et est particulièrement appropriée pour des phénomènes qui n'ont été que peu étudiés (Corbin, 1990; Strauss & Corbin, 1990).

Dans le cadre de cette étude, les données ont été recueillies par des entretiens non directifs en face à face deux jours après l'accouchement auprès de femmes avérées séronégatives pour la toxoplasmose pendant la grossesse.

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'un mémoire de fin d'études de sage-femme par une étudiante qui n'avait pas d'expérience préalable de ce type de collecte de données. Il s'est donc agi d'un apprentissage et, comme pour tout apprentissage, les débuts ne sont jamais parfaits. Néanmoins, la poursuite de l'expérience a permis de progresser dans la conduite d'interviews. Il a été difficile, surtout au début, de ne pas poser de questions pouvant orienter le jugement des femmes, de marquer des temps de silence et de les laisser émettre leur réflexion. Rebondir rapidement sur des idées énoncées n'a pas été un exercice facile.

L'importance primordiale dans les études qualitatives est la description des processus suivis. Dans cette étude, l'échantillonnage de quinze femmes séronégatives au début de la grossesse s'est fait par convenance. Cette échantillonnage est normal dans ce type de méthode qui n'a pas pour objectif d'établir une explication ou une généralisation du phénomène étudié. Il s'agit ici de laisser les participantes exprimer leur vécu et non d'obtenir un échantillon représentatif de la population.

### **Le vécu de la grossesse.**

Les entretiens ont permis d'identifier plusieurs émotions ressenties par les femmes au cours de leur grossesse. Pour la quasi-totalité des participantes, la grossesse s'est bien déroulée même si l'annonce de la séronégativité a suscité chez plusieurs un sentiment de stress vis-à-vis de la crainte de contracter cette parasitose et de faire courir des risques à l'enfant à venir. Ce stress est plus ou moins important si les femmes avaient déjà vécu une grossesse ou chez les fatalistes.

Ce stress peut être maîtrisé grâce à l'information délivrée par le praticien compétent. Celle-ci doit être claire et comprise par les femmes. Ces femmes vont ainsi adapter leur mode de vie en fonction des mesures de prévention puisque qu'elles sauront comment éviter les risques principaux. Cette adaptation va aussi concerner leur entourage. L'analyse permet de suggérer que les femmes soutenues respectent peut-être mieux les recommandations que celles dont l'entourage est plus dans le jugement ou la banalisation de la toxoplasmose.

Toutes les femmes se sont pliées au dépistage mensuel

malgré des avis divergents. La contrainte et la nécessité ont été les sentiments majoritaires associés à ce thème. La fin de la grossesse a été vécue comme un soulagement que rien ne soit arrivé à l'enfant par rapport à la toxoplasmose.

Il semble nécessaire d'approfondir trois points qui nous paraissent importants dans cette discussion.

### **La réception de l'information.**

L'enquête nationale périnatale française de 2010 précise que, pendant la grossesse, 61,6% des femmes ont reçu des conseils de prévention pour éviter d'être infectée par la toxoplasmose (Blondel & Kermarrec, 2011).

En France, deux professions médicales sont aptes à encadrer un suivi de grossesse : les sages-femmes et les médecins, principalement les gynécologues-obstétriciens et généralistes. L'information a été prodiguée par plaquette d'information, discours oral ou l'association des deux. Les femmes interviewées dans cette étude n'ont pas indiqué avoir eu recours à Internet, bien que ceci soit une source d'information très utilisée de notre temps. Ceci semble indiquer que l'information délivrée était suffisamment claire et compréhensible, l'utilisation de ces ressources virtuelles étant apparemment plus courantes pour les femmes qui font face à des problèmes pour lesquels les professionnels semblent avoir plus de difficulté de communication (Burton-Jeangros & Hammer, 2013; Maloni *et al.*, 2013). Toutefois, il est à noter que deux participantes ne se souvenaient pas avoir été informées des mesures de prévention pour cette grossesse mais uniquement pour une grossesse antérieure; ceci pourrait démontrer une négligence des praticiens à leur égard.

### **Le suivi des méthodes de prévention tout au long de la grossesse**

Les données suggèrent que certaines femmes suivent les conseils qui sont leur donnés plus scrupuleusement que d'autres, ou même les suivent plus attentivement pendant une partie de la grossesse, mais pas nécessairement son entièreté. Cette étude n'a pas exploré les liens potentiels qui pourraient exister entre personnalité, comportement et perception de risques et ceci serait certainement un aspect intéressant à étudier de façon plus approfondie à une date ultérieure. Ces connaissances permettraient peut-être alors une meilleure sensibilisation des professionnels et donc le ciblage plus précis de l'information aux femmes enceintes afin que leur connaissance des risques potentiels encourus par le fœtus puissent avoir un meilleur impact

### **Le suivi sérologique**

Le dépistage de la séronégativité pour la toxoplasmose et le suivi pendant la grossesse ont été instaurés en France à la fin des années 70 (Haute Autorité de Santé, 2009). Quelle que soit leur opinion sur la surveillance pendant la grossesse - important, nécessaire et rassurant ou au

contraire contraignant, fatigant voire trop médical - toutes les femmes interrogées ont respecté le suivi mensuel.

Le plus récent taux de séroconversion toxoplasmique pendant la grossesse est estimé à 2500 cas annuels engendrant 400 à 600 cas de toxoplasmose congénitale (Centre National de Référence de la Toxoplasmose, 2008). Le coût du dépistage de la toxoplasmose pendant la grossesse s'élevait à 43 millions d'euros en 2009 (Haute Autorité de Santé, 2009). Comme l'amélioration de l'hygiène est associée à une diminution de l'incidence de la toxoplasmose et donc une augmentation du taux de séronégativité pendant la grossesse, le coût du dépistage va augmenter et il a été estimé que le nombre de tests à réaliser va augmenter de 93000 unités par an, avec une augmentation du coût de un million d'euros par an (Vaudaux & Rubin, 2009).

Bien que des études aient été menées en France, notamment par la HAS en 2009, afin de revoir les modalités du dépistage, aucune de ces études n'a abouti à un changement de politique pour le moment (Haute Autorité de Santé, 2009; Centre National de Référence de la Toxoplasmose, 2013).

### **Le dépistage en Europe**

Les politiques et programmes de dépistage existant en Europe et dans d'autres pays développés diffèrent assez largement de la surveillance sérologique mise en place en France. Une enquête a été réalisée en 2005 auprès de 36 pays européens, dans le cadre du projet Eurotox, afin de décrire les politiques définies au niveau national et les pratiques adoptées en routine pour la prévention de la toxoplasmose congénitale. Elle a mis en évidence l'hétérogénéité des programmes de dépistage. Cinq pays ont mis en place officiellement un dépistage prénatal obligatoire ou systématique, avec une surveillance sérologique des femmes séronégatives sur un rythme mensuel (France, Allemagne) ou trimestriel (Autriche, Lituanie, Slovaquie). Seul le Danemark a recommandé et adopté un programme de dépistage néonatal systématique.

Plusieurs pays ont recommandé de ne pas réaliser de dépistage systématique de la toxoplasmose en cours de grossesse (Angleterre et Pays de Galles, Écosse et Pays-Bas) et aucune recommandation n'a été formulée dans 18 pays; il existe cependant des programmes locaux de dépistage dans certains pays - dépistage prénatal : Belgique, République tchèque, Chypre, Finlande, Grèce, Norvège, Portugal; dépistage néonatal : Pologne (Haute Autorité de Santé, 2009). En 2009, la Suisse a abandonné le dépistage sérologique de la toxoplasmose (Alvarez *et al.*, 2011).

Le nombre de cas de toxoplasmose congénitale dans les différents pays européens n'est pas disponible et il n'est donc pas possible de les comparer avec ceux de la France.



## Conclusion

A ce jour, la prévention de cette infection pendant la grossesse est un réel sujet de santé publique. La prévention de la toxoplasmose repose sur des précautions alimentaires et des mesures d'hygiène simples.

Ce travail a permis de montrer que les femmes ne reçoivent pas toutes l'information des mesures de prévention de séroconversion toxoplasmique pendant la grossesse. Toutefois, il a été constaté que certaines femmes et leur entourage banalisent peut-être le risque de séroconversion à la toxoplasmose pendant la grossesse, ce qui pourrait entraîner un plus faible suivi des recommandations. Une information claire sur la toxoplasmose, sa prévention et les risques potentiels pour le fœtus en cas de séroconversion pour les femmes en tout début de grossesse pourraient peut-être mieux les sensibiliser et ainsi réduire le taux de séroconversion toxoplasmique. Le but ne serait pas d'effrayer les femmes, ni d'augmenter leur stress.

Par ailleurs, dans le cadre d'une image européenne très variable, la question économique et l'analyse coût-bénéfice se pose. Le dépistage de la séroconversion de la toxoplasmose pendant la grossesse commence à soulever des questions scientifiques et économiques.

A l'avenir, le dépistage de la toxoplasmose pendant la grossesse risque d'être modifié pour les raisons citées ci-dessus. La prévention de cette séroconversion pourrait reposer uniquement sur les méthodes de prévention. C'est pourquoi il est important que toutes les femmes, le public et les professionnels de santé aient connaissance des recommandations et qu'ils les appliquent au mieux.

## Références

- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (2007). *QUESTIONS-RÉPONSES Toxoplasmose: état des connaissances et évaluation du risque lié à l'alimentation - "Toxoplasma gondii"*. Paris. Available: <http://www.anses.fr/sites/default/files/documents/MIC-QR-Toxoplasmose.pdf> [Dernier accès 26 novembre 2012].
- Alvarez E, Ancelle T & Yera H (2011). Évaluation de l'impact d'un suivi trimestriel dans le dépistage anténatal de la toxoplasmose congénitale en France. *Revue Sage-femme*, 10, 53-58.
- Association française des professeurs de parasitologie & ANOFEL (2002). *Parasitologie Mycologie - À l'usage des étudiants en médecine*. La Madeleine, France, Format Utile.
- Bailey J (2008). First steps in qualitative data analysis: transcribing. *Fam Pract*, 25, 127-131.
- Blondel B & Kermarrec M (2011). *Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*. Paris: INSERM, 2011.
- Buffaz C, Hodille E, Jourdy Y, Louvrier C & Marijon A (2014). *Parasitologie et mycologie médicale en pratique*. Louvain-la-Neuve, De Boeck.
- Burton-Jeangros C & Hammer R (2013). Recherche d'informations sur internet: quels sont les usages des femmes enceintes? *Revue Médicale Suisse*, 9, 895-897.
- Centre National de Référence de la Toxoplasmose (2008). *Rapport annuel d'activités - année d'exercice 2007*. Reims, CHU Reims.
- Centre National de Référence de la Toxoplasmose (2013). *Rapport annuel d'activités - année d'exercice 2012*. Reims, CHU Reims.
- Corbin SAJ (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. London, SAGE publications.
- Couture M (2003). La recherche qualitative : introduction à la théorisation ancrée. *Interactions*, 7, 127-133.
- Dardé M & Peyron F (2002). Toxoplasmose. In: Denis F (ed.) *Les bactéries, champignons et parasites transmissibles de la mère à l'enfant*. Montrouge: John Libbey Eurotext.
- Émile C (2009). Actualités sur la toxoplasmose et surveillance de la toxoplasmose congénitale en France. *Option/Bio*, 20, 24-26.
- Garcia-Meric P, Franck J, Dumon H & Piarroux R (2010). Prise en charge de la toxoplasmose congénitale en France: données actuelles. *Presse Med*, 39, 530-538.
- Guillemette F & Luckerhoff J (2009). L'induction en méthodologie de la théorisation enracinée (MTE). *Recherches Qualitatives*, 28, 4-21.
- Haute Autorité de Santé (2009). *Surveillance sérologique et prévention de la toxoplasmose et de la rubéole au cours de la grossesse* Paris: HAS, 2009.
- Kieffer F, Wallon M, Garcia P, Thulliez P, Peyron F & Franck J (2008). Risk factors for retinochoroiditis during the first 2 years of life in infants with treated congenital toxoplasmosis. *Pediatr Infect Dis J*, 27, 27-32.
- Lebas F, Ducrocq S, Mucignat V, Paris L, Megier P, Baudon JJ & Gold F (2004). Toxoplasmose congénitale: un nouveau cas d'infection pendant la grossesse chez une femme antérieurement immunisée et immunocompétente. *Archives de pédiatrie*, 11, 926-928.
- Maloni JA, Przeworski A & Damato EG (2013). Web recruitment and internet use and preferences reported by women with postpartum depression after pregnancy complications. *Arch Psychiatr Nurs*, 27, 90-95.
- République française (2003). *Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique*. Paris.
- Savoie-Zajc L (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches Qualitatives*, Hors Série, 99-111.
- Strauss A & Corbin J (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. London, SAGE publications.
- Valdes V, Legagneur H, Watrin V, Paris L & Hascoet JM (2011). Toxoplasmose congénitale secondaire a une réinfection maternelle pendant la grossesse. *Archives de pédiatrie*, 18, 761-763.
- Vaudaux B & Rubin C (2009). Abandon du dépistage sérologique de la toxoplasmose durant la grossesse. Quelles conséquences pour le pédiatre? *Paediatrica*, 20, 25-26.
- Vendittelli F & Janky E (2001). Suivi clinique et paraclinique d'une grossesse normale. *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 30, 51-58.
- Villena I, Chemla C, Aubert D, Foudrinier F & Pinon JM (2003). Toxoplasmose congénitale: diagnostic biologique neonatal et surveillance. *Archives de pédiatrie*, 10 Suppl 1, 39-41.



## **Auteurs**

Marion Jourdy, Sage-femme, Centre Hospitalier André Rosemond, Cayenne, Guyane. Etude entreprise dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude de sage femme, Ecole de sages-femmes, Clermont-Ferrand

Marie-Christine Leymarie, Directrice, Ecole de sages-femmes, Clermont-Ferrand

Véronique Bonnet, sage-femme de consultation, Hôpital Estaing, Clermont-Ferrand