



PROCOLE OBSTETRICAL N°5

PRISE EN CHARGE DE LA PRÉ-ÉCLAMPSIE

PROTOCOLE OBSTETRICAL N°5

PRISE EN CHARGE DE LA PRÉ-ÉCLAMPSIE

| Suivi des modifications | | | | |
|-------------------------|-----------------------|---|-----------------------|----------------------|
| N° version | Date de la validation | Rédaction | Relecture | Validation |
| 1 | 19/06/2018 | Groupe de travail régional* Rapporteurs : Dr Justine CAGNAT Dr Caroline PEYRONEL | Groupe de relecture** | Conseil scientifique |

MENTION RESTRICTIVE : « Ce protocole de soins est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier »

PROTOCOLE OBSTETRICAL N°5

PRISE EN CHARGE DE LA PRÉ-ÉCLAMPSIE

POINTS FORTS

- Pré-éclampsie (PE) : concerne 2 à 3 % des grossesses
- Complique 17 à 25% des patientes hypertendues en cours de grossesse
- 50% surviennent avant 34 SA
- 10 à 30 % des PE sont sévères
- Traitement curatif : extraction fœtale et placentaire

Le risque de mort fœtale en cas de :

- HTA : le risque est multiplié par 3.3
- Protéinurie : le risque est multiplié par 4.5
- HTA et Protéinurie (=PE) : le risque est multiplié par 10
-

PE et Morbidité fœtale : prématurité, RCIU, hypoxie fœtale sur anomalies du RCF, MFIU

PE et Morbidité maternelle (5% des cas) :

- Neurologiques : éclampsie, œdème cérébral, hémorragie cérébrale
- Hépatiques : HELLP syndrome, hématome sous-capsulaire du foie
- Hématologiques : anémie, hémolyse, CIVD, fibrinolyse
- Cardio-pulmonaires : œdème aigu du poumon, infarctus du myocarde
- Rénales : insuffisance rénale aiguë

Glossaire

| | |
|---|--|
| AVC : Accident Vasculaire Cérébral | IV : Intra-Veineux |
| BAT : Bas Anti-Thrombotique | MAF : Mouvements Actifs Fœtaux |
| BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive | MFIU : Mort fœtale in utero |
| CI : Contre-Indication | NN : Nouveau-Né |
| CIVD : Coagulation Intra-Vasculaire Disséminée | OAP : Œdème Aigu du Poumon |
| ECBU : Examen CytoBactériologique des Urines | OMI : Œdèmes des Membres Inférieurs |
| EF : Explorations Fonctionnelles | PAD : Pression Artérielle Diastolique |
| EPF : Estimation de Poids Fœtal | PAM : Pression Artérielle Moyenne |
| FC : Fréquence Cardiaque | PAS : Pression Artérielle Systolique |
| FDR : Facteurs De Risque | PE : Pré-éclampsie |
| GO : Gynécologue Obstétricien | RCF : Rythme cardiaque fœtal |
| HDJ : Hôpital de Jour | RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin |
| HELLP : Hemolysis Elevated Liver Low Platelet | ROT : Réflexes Ostéo-Tendineux |
| HGPO : Hyperglycémie Provoquée Par voie Orale | RR : Risque relatif |
| HRP : Hématome Rétro placentaire | SA : Semaines d'Aménorrhée |
| HTA : HyperTension Artérielle | SDC : Suites de Couches |
| HU : Hauteur Utérine | TMF : Transfert Materno-fœtal |
| IEC : Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion | |

PROTOCOLE OBSTETRICAL N°5

PRISE EN CHARGE DE LA PRÉ-ÉCLAMPSIE

1. DEFINITIONS

- Pré-éclampsie (PE) : association d'une HTA Gravidique ou chronique **PAS \geq 140 et/ou PAD \geq 90 mmHg** et d'une protéinurie significative* à partir de 20 SA.
* > 0.3 g/ 24h ou rapport P/C \geq 30 mg/mmol
- PE précoce : survenant avant 32 SA
- PE sévère = PE avec au moins un des critères suivants :
 - HTA sévère (PAS > 160 et/ou PAD > 110 mmHg)
 - Atteinte rénale avec oligurie (< 500 ml/24h) ou créatinine > 135 μ mol/L, ou protéinurie > 5 g/24H
 - Thrombopénie < 100G/L ou HELLP syndrome
 - Œdème Aigu du Poumon (OAP)
 - Barre épigastrique persistante, hématome sous-capsulaire du foie
 - Eclampsie ou troubles neurologiques persistants (troubles visuels, ROT vifs poly cinétiques, céphalées)
 - HRP
 - Retentissement fœtal : cassure de la croissance fœtale, oligoamnios sévère (GC <1 cm), Doppler ombilical pathologique avec diastole nulle ou reverse flow, VCT < 3ms contrôlée, anomalies du RCF
- HELLP Syndrome (Hemolysis Elevated Liver enzymes and Low Platelets) : association d'une hémolyse, une cytolyse hépatique et d'une thrombopénie. Le tableau biologique peut être incomplet.
Critères de Sibai :
 - Anémie hémolytique : présence de schizocytes, LDH > 600, haptoglobine effondrée
 - ASAT > 70 U/L (> 2N)
 - plaquettes < 100G/L

Il complique 4 à 12% des PE (20% des PE sévères), mais survient dans 15% des cas en dehors d'un contexte de pré-éclampsie. 30% se manifestent dans le post-partum (jusqu'à J7). Symptôme clé : barre épigastrique.

- Eclampsie : manifestation convulsive et/ou troubles de la conscience survenant dans un contexte de PE ou de pathologie hypertensive de la grossesse et ne pouvant être rapportés à un problème neurologique préexistant.

Elle peut se produire jusqu'à la fin de la première semaine du post-partum (au maximum J14).

Prodromes : ascension tensionnelle rapide, en particulier systolique, perturbations visuelles polymorphes, céphalées rebelles aux traitements usuels, agitation, mouvements anormaux (frissons ou clonies).

PROTOCOLE OBSTETRICAL N°5

PRISE EN CHARGE DE LA PRÉ-ÉCLAMPSIE

2. PRISE EN CHARGE DE LA PRE ECLAMPSIE

a. Evaluation initiale

En cas de suspicion de Pré éclampsie l'évaluation initiale aura un triple objectif :

- Confirmer le diagnostic, évaluer la sévérité et rechercher des complications
- Discuter d'une indication de surveillance ou de naissance
- Déterminer le lieu de prise en charge

| Evaluation Maternelle | | Evaluation Fœtale |
|--|---|---|
| Clinique | Biologique | |
| Recherche de signes de gravité : HTA sévère > 160/110 Oligurie Barre épigastrique persistante OAP ROT vifs et polycinétiques Troubles neurologiques ou Eclampsie | NFS, plaquettes Urée, Créatinine ASAT, ALAT Ionogramme sanguin Acide Urique Protéinurie des 24h et/ou rapport P/C sur échantillon d'urines | Clinique : HU, MAF, métrorragies RCF Echographie avec <u>au minimum</u> : <ul style="list-style-type: none"> ○ biométries et EPF ○ dopplers ombilical et cérébral ○ liquide amniotique ○ présentation et site placentaire |
| Poids Diurèse | Si HELLP : LDH, et si disponibles haptoglobine et schizocytes | |
| Consultation d'anesthésie | Mettre à jour : | |
| Consultation pédiatrique (selon terme et gravité) | Groupe, Rhésus, RAI Bilan préopératoire | |

Cette évaluation initiale peut amener à :

- une prise en charge pluridisciplinaire par collaboration entre professionnels (GO, ARE, Pédiatres, Sage-femme, SAMU,...)
- la mise en place d'un traitement anti hypertenseur per os (cf protocole HTA numéro 4) ou IV
- un traitement par bétaméthasone injectable pour maturation pulmonaire fœtale (selon protocole)
- une indication de naissance ou de surveillance sur site ou après TIU (cf protocole TIU)

PROTOCOLE OBSTETRICAL N°5

PRISE EN CHARGE DE LA PRÉ-ÉCLAMPSIE

b. Mise en place d'un traitement IV

La prise en charge est conjointe entre GO et ARE.
La perfusion doit se faire sur VVP avec robinet proximal.

3 médicaments anti hypertenseurs injectables sont recommandés :

| | Labétalol TRANDATE® | Nicardipine LOXEN® | Clonidine CATAPRESSAN® |
|-----------------------|--|---|--|
| Classe pharmaceutique | β-bloquants | Inhibiteurs calciques | Anti-hypertenseur central |
| Présentation | Ampoule 20 ml = 100 mg | Ampoule 10 ml = 10 mg | Ampoule 1 ml = 0.15 mg |
| Bolus | 20 à 40 mg à réaliser en IVL ou bien bolus de 0.5 mg/kg sans dépasser 80 mg * | PAS DE BOLUS | 0.15 mg en IVL (10 min) |
| Dose entretien | 5-20 mg/h | 3-6 mg/h | 0.015 mg/h |
| Commentaires | Respect des CI : Asthme et BPCO Cardiaques : maladie du sinus, BAV des 2 ^e et 3 ^e degrés, bradycardie <50 bpm | Posologie < 3 mg/h sans effet sur la TA | Attention à l'effet rebond en cas d'arrêt de traitement parentéral |

En parallèle remplissage vasculaire si oligurie (inférieure à 500ml/24h) : Ringer Lactate 500ml
En parallèle mise en place de la surveillance armée (cf paragraphe e)

* Selon le VIDAL : bolus de labétalol de 1mg/kg ; **en pratique** : posologie revue à 0.5 mg/kg pour éviter les chutes de tension trop brutale chez la femme enceinte

- **NOUVEAUTE** : Le labétalol TRANDATE® IV doit être prescrit en 1^{ère} intention en remplacement de la nicardipine Loxen® IV, suite à une mise à jour de l'**ANSM avril 2015** :
 - Loxen® IV réservé en 2^{ème} intention quand les autres agents anti-hypertenseurs IV ne sont pas recommandés ou contre-indiqués
 - Exception : urgence hypertensive (PA ≥ 180/120) où le Loxen® IV reste recommandé en 1^{ère} intention
- L'association du sulfate de magnésium et des inhibiteurs calciques comme le LOXEN® potentialise leur propre action et nécessite une surveillance rigoureuse (avec avis anesthésiste pour éventuelle modification du traitement antihypertenseur)

PROTOCOLE OBSTETRICAL N°5

PRISE EN CHARGE DE LA PRÉ-ÉCLAMPSIE

Traitement IV à instaurer si PAS \geq 160 mmHg et/ou PAS \geq 110 mmHg

Collaboration ARE/GO pour mise en conditions de la patiente et remplissage vasculaire si nécessaire

Mise en place de la surveillance maternelle et foetale

En 1^{ère} intention

| Labetalol (Trandate®) IVL au PSE | Préparation |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Bolus : 0,5 mg/Kg (max 80mg) Dose d'entretien : 5-20 mg/h à augmenter par paliers de 1mg/h/30min <p>/!\ CI : Asthme, BPCO, cardiaque</p> | <p>Labetalol (Trandate®) : Ampoules de 100mg dans 20ml (5mg/ml)</p> <p><u>Préparer</u> → 1 ampoule de 20ml + 30ml de NaCl 0,9% (soit 2mg/ml) dans une seringue de 60ml</p> <p><u>Vitesse initiale</u> → 2,5 à 10 ml/h au PSE</p> |

OU

| Nicardipine (Loxen®) IV au PSE | Préparation |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Dose d'entretien : 3-6 mg/h à augmenter par paliers de 0,5mg/h/30min | <p>Nicardipine (Loxen®) : Ampoules de 10mg dans 10ml (1mg/ml)</p> <p><u>Préparer</u> → 5 ampoules de 10ml à mettre PUR dans une seringue de 60ml (1ml = 1mg)</p> <p><u>Vitesse initiale</u> → 1 à 6 ml/h au PSE</p> |

Evaluation de l'efficacité et de la tolérance du traitement après 30 minutes

TA contrôlée :
Surveillance et réévaluation

TA non contrôlée :
Augmentation +/-
bithérapie

Trt non toléré:
SWITCH
Nicardipine ou
labetalol

PROTOCOLE OBSTETRICAL N°5

PRISE EN CHARGE DE LA PRÉ-ÉCLAMPSIE

- c. **Sulfate de Magnésium et crise d'éclampsie** (cf Protocole dédié n°6 : Mise en place d'un traitement par Sulfate de Magnésium pour les modalités de surveillance, et le respect des contre-indications)

Prescription selon protocole par l'obstétricien de garde, en accord avec le pédiatre et l'anesthésiste de garde : **4g sur 30 min IVSE puis 1g/h IVSE** (sans dilution).

Une administration IV de sulfate de magnésium chez la femme pré-éclamptique

- est recommandée à visée maternelle en cas d'éclampsie (traitement de la crise et prévention secondaire de la récurrence convulsive), ou en prévention primaire en cas de signes neurologiques faisant craindre la survenue d'une crise d'éclampsie (céphalées rebelles, ROT polycinétiques, troubles visuels) (Grade A - Classe 1)
- est recommandée à visée fœtale (neuroprotection) lorsque l'indication de naissance est imminente (dans les 24h) et avant 32 SA.

d. Indications de naissance

Extraction fœtale sans délai en cas d'**urgence majeure** MAIS après stabilisation de la patiente:

- Fœtale : Anomalies sévères du RCF, HRP
- Maternelle : HELLP sévère avec thrombopénie < 50 G/L, CIVD, Crise d'éclampsie, HTA sévère non contrôlée par les traitements intra-veineux

➤ En cas de pré éclampsie **SEVERE** :

- Après 34 SA : il est recommandé de provoquer la naissance (Grade A - Classe 1) : déclenchement ou césarienne selon conditions locales et degré d'urgence de la naissance
- Avant 24 SA, il peut être discuté d'une interruption de grossesse en raison de la mise en péril grave de la santé de la mère (Grade C - Classe 2), à discuter avec la maternité de Type III de référence.
- Entre 24 et 34 SA : la poursuite de la grossesse est justifiée le plus souvent sous surveillance médicale rapprochée au moins 36-48h le temps de la corticothérapie, avec un objectif de terme de 34 SA.

➤ En cas de pré éclampsie **NON SEVERE** :

- L'expectative est suggérée jusqu'à 36-37 SA, si l'état materno-fœtal le permet (Grade A, Classe 2)
- Au-delà de 37 SA, il est recommandé d'envisager l'accouchement. **(Grade A - Classe 1)**
- **Un déclenchement ou maturation selon conditions locales en vue d'un accouchement voie basse est à privilégier.**

Penser à demander un examen anatomo-pathologique du placenta (permettant de confirmer l'origine vasculaire d'un RCIU, d'argumenter la prescription d'aspirine pour une nouvelle grossesse, ...).

PROTOCOLE OBSTETRICAL N°5

PRISE EN CHARGE DE LA PRÉ-ÉCLAMPSIE

e. Surveillance des PE modérées ou des PE sévères

Surveillance à adapter au degré de sévérité et si nécessaire en collaboration avec l'équipe d'anesthésie :

| Maternelle | | Fœtale |
|--|--|--|
| Clinique / Interrogatoire | Biologique | |
| Quotidienne | A adapter au degré de sévérité | Clinique : HU, MAF |
| Pouls et Cycle tensionnel x 3/j +/- monitoring et scope | Protéinurie des 24h | RCF VCT en cas de RCIU et si appareil disponible |
| Bilan entrées sorties Diurèse des 24h Poids Auscultation pulmonaire | NFS, plaquettes Urée, créatininémie, acide urique, ionogramme sanguin ASAT, ALAT | Echographie de croissance /21 jours si pas de RCIU ou au plus tôt à 15 jours si impression cassure de la courbe de croissance. |
| OMI / OMS | <i>La surveillance régulière d'un acide urique déjà élevé a un intérêt limité</i> | Echographie LA, DO et DC 1 x /semaine |
| Signes d'irritation neurologique : Céphalées vivacité des ROT état de conscience acouphènes phosphènes | Tout bilan biologique sanguin perturbé doit être recontrôlé | Si DO pathologique Echographie 2 x /semaine pour recherche d'inversion cérébroplacentaire et doppler veineux si terme < 32 SA |
| Métrorragies Barre épigastrique | Si HELLP : demander haptoglobine LDH et schizocytes, si disponibles | |

3. POST PARTUM

a. A la maternité

Il est recommandé d'effectuer une surveillance stricte clinique (PA, SF HTA) et biologique pendant au moins 48 h, elle comporte :

- Surveillance rapprochée de la PA (x3/j) avec adaptation thérapeutique
- Evaluation quotidienne des apports hydriques, du poids et de la diurèse
- Vérifier la normalisation progressive des anomalies biologiques à renouveler selon l'évolution clinique et biologique
- BAT
- Discuter systématiquement un traitement anticoagulant en fonction du risque thrombo embolique

PROTCOLE OBSTETRICAL N°5

PRISE EN CHARGE DE LA PRÉ-ÉCLAMPSIE

b. A la sortie

- Information orale à la patiente sur sa pathologie gravidique et son risque de récurrence en cas de nouvelle grossesse. Evoquer un traitement préventif par aspirine pour une grossesse ultérieure.
- Courrier au médecin traitant
- Une surveillance tensionnelle bihebdomadaire et une consultation chez un médecin sont recommandées dans les 2 à 3 premières semaines du post partum.
- Consultation du post-partum indispensable avec un obstétricien (si possible à la maternité) avec protéinurie des 24h à ramener
- Ordonnances type :
 - Bas anti-thrombose (jusqu'à 6 semaines)
 - HBPM à dose préventive si indication retenue
 - Contraception possible par microprogestatifs si bilan hépatique normal ou normalisé (CI aux oestro-progestatifs)
- Bilan à réaliser 3 à 6 mois du post-partum auprès d'un néphrologue ou cardiologue ou médecin interniste qui jugera de la nécessité d'un bilan rénal (albuminurie de 24 H, uricémie), d'un bilan HTA, d'un bilan de thrombophilie dans les formes sévères et/ou précoces (bilan anticorps anticardiolipine, recherche d'anticoagulant circulant ...)

4. LA PREVENTION DE LA PE

Il peut être proposé de prescrire pour une prochaine grossesse de l'aspirine à faible dose, de 100 à 160 mg/j, chez les patientes ayant un antécédent de pré-éclampsie sévère ou ayant entraîné une naissance avant 34 SA, pour essayer de diminuer le risque de récurrence.

Ce traitement doit être débuté avant 15 SA (idéalement avant 12 SA). Il est suggéré de poursuivre le traitement par aspirine au moins jusqu'à 35 SA. **(Grade C - Classe 2)**. Si celui-ci a été omis en début de grossesse, il n'y a pas d'intérêt à instaurer le traitement après 20 SA.

L'aspirine à faible dose n'est actuellement pas recommandée pour prévenir la pré-éclampsie dans les autres groupes à risque : HTA chronique, obésité, diabète pré-gestationnel, maladie rénale chronique, anomalie du Doppler utérin, procréation médicalement assistée, dépistage par différents biomarqueurs au premier trimestre, ...

PROTOCOLE OBSTETRICAL N°5

PRISE EN CHARGE DE LA PRÉ-ÉCLAMPSIE

BIBLIOGRAPHIE

HTA ET GROSSESSE : Consensus d'Experts de la Société Française d'Hypertension Artérielle* (SFHTA) Avec le partenariat du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, décembre 2015

Prise en charge multidisciplinaire des formes graves de prééclampsie : Recommandations formalisées d'experts communes SFAR/CNGOF/SFMP/SFNN 2009

Annales françaises d'anesthésie et de réanimation 29 (2010) :

- e1-e6 : Définitions et conséquences des hypertensions artérielles de la grossesse
- e37-e46 : Médicaments utilisés dans la prise en charge de la prééclampsie. Pharmacologie et risque fœtaux.
- e75-e82 : Eclampsie
- e51-e58 : Principes généraux de la prise en charge hospitalière de la prééclampsie.
- e161-e169 : Aspects médico-légaux de la prise en charge de la prééclampsie.
- e31-e35 : Prévention de la prééclampsie.

Gynécologie Obstétrique et Fertilité 36 (2008) 1175-1190 : Prise en charge du Hellp syndrome.

Gynécologie Obstétrique et Fertilité 38 (2010) 155-158 : Pour l'utilisation du sulfate de magnésium dans la prévention de la crise d'éclampsie en cas de prééclampsie.

Protocole des pathologies hypertensives de la grossesse 2016 / Réseau Aurore

B. Haddad et col Critères d'arrêt de la grossesse en cas de prééclampsie An Fr Anesth Rea 2010;29:e59-e68

B. Haddad et col Critères d'extraction fœtale dans la prééclampsie Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2002;30 :467-73

N. Winer, V. Tsatsaris Etat des connaissances : prise en charge thérapeutique de la prééclampsie. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2008;37

F. Fucs, D. Benhamou. Césarienne et post-partum : recommandations pour la pratique clinique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2015;44:1111-1117

Post partum. RPC du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 2015

PROCOLE OBSTETRICAL N°5

PRISE EN CHARGE DE LA PRÉ-ÉCLAMPSIE

*Groupe de travail

Rapporteurs : Dr Justine CAGNAT, Gynécologue Obstétricien, CHU Nice

Dr Caroline PEYRONEL, Gynécologue Obstétricien, CH La Ciotat

**Groupe de relecture :

Mme Latifa BENAMER, Sage-Femme, CHU Nice

Dr Armelle BERTRAND, Gynécologue Obstétricien, CH Salon de Provence

Dr Julie BLANC, Gynécologue Obstétricien, APHM Hôpital Nord, Marseille

Pr Bruno CARBONNE, Gynécologue Obstétricien, CHPG Monaco

Dr Cécile CHAU, Gynécologue Obstétricien, APHM Hôpital Nord, Marseille

Dr Philippe COURTAIS, Gynécologue Obstétricien, Avignon

Dr Isabelle DEMANGE, Anesthésiste, CHU Nice

Mme Rachida DIF-DEUSY, Sage-Femme, APHM Hôpital Nord, Marseille

Dr Laurence FAYOL, Pédiatre, APHM Hôpital Conception, Marseille

Dr Hélène HECKENROTH, Gynécologue Obstétricien, APHM Hôpital Conception, Marseille

Dr Anne-Marie MAILLOTTE, Pédiatre CHU Nice

Dr Franck MAUVIEL, Gynécologue Obstétricien, CH Toulon

Dr Youcef MILIANI, Anesthésiste, Maternité L'étoile, Puyricard

Pr Pamela MOCERI, Cardiologue, CHU Nice

Dr Cécile MUZELLE, Gynécologue Obstétricien, CH Antibes

Dr Melinda PETROVIC, Gynécologue obstétricien, APHM Hôpital Nord, Marseille

Dr Marine QUINQUIN, Gynécologue obstétricien, CHU Nice

Membres de droit du conseil scientifique

Pr André BONGAIN (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien CHU Nice

Dr Farid BOUBRED (et/ou suppléant) pédiatre réanimation néonatale APHM

Pr Florence BRETTELL (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien APHM

Pr Bruno CARBONNE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien CHPG Monaco

Pr Claude D'ERCOLE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien APHM

Pr Jérôme DELOTTE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien CHU Nice

Dr Sergio ELENI DIT TROLLI (et/ou suppléant) pédiatre réanimation néonatale CHU Nice

Dr Catherine GIRE (et/ou suppléant) pédiatre néonatalogie APHM

Pr François POINSON (et/ou suppléant) pédopsychiatre APHM

Membres consultatifs du conseil scientifique

Dr Caroline ADRADOS gynécologue obstétricien CHU Nice

Dr Julie BLANC gynécologue obstétricien APHM

Dr Michel DUGNAT pédopsychiatre APHM

Dr Caroline PEYRONEL gynécologue obstétricien CH La Ciotat

Dr Jean-Claude PICAUD pédiatre CH Cannes

Dr Cynthia TRASTOUR gynécologue obstétricien CHU Nice

Dr François TURK gynécologue obstétricien libéral (Var), représentant des URPSML

Dr Jean VOISIN médecin généraliste, directeur en retraite du CAMSP d'Avignon