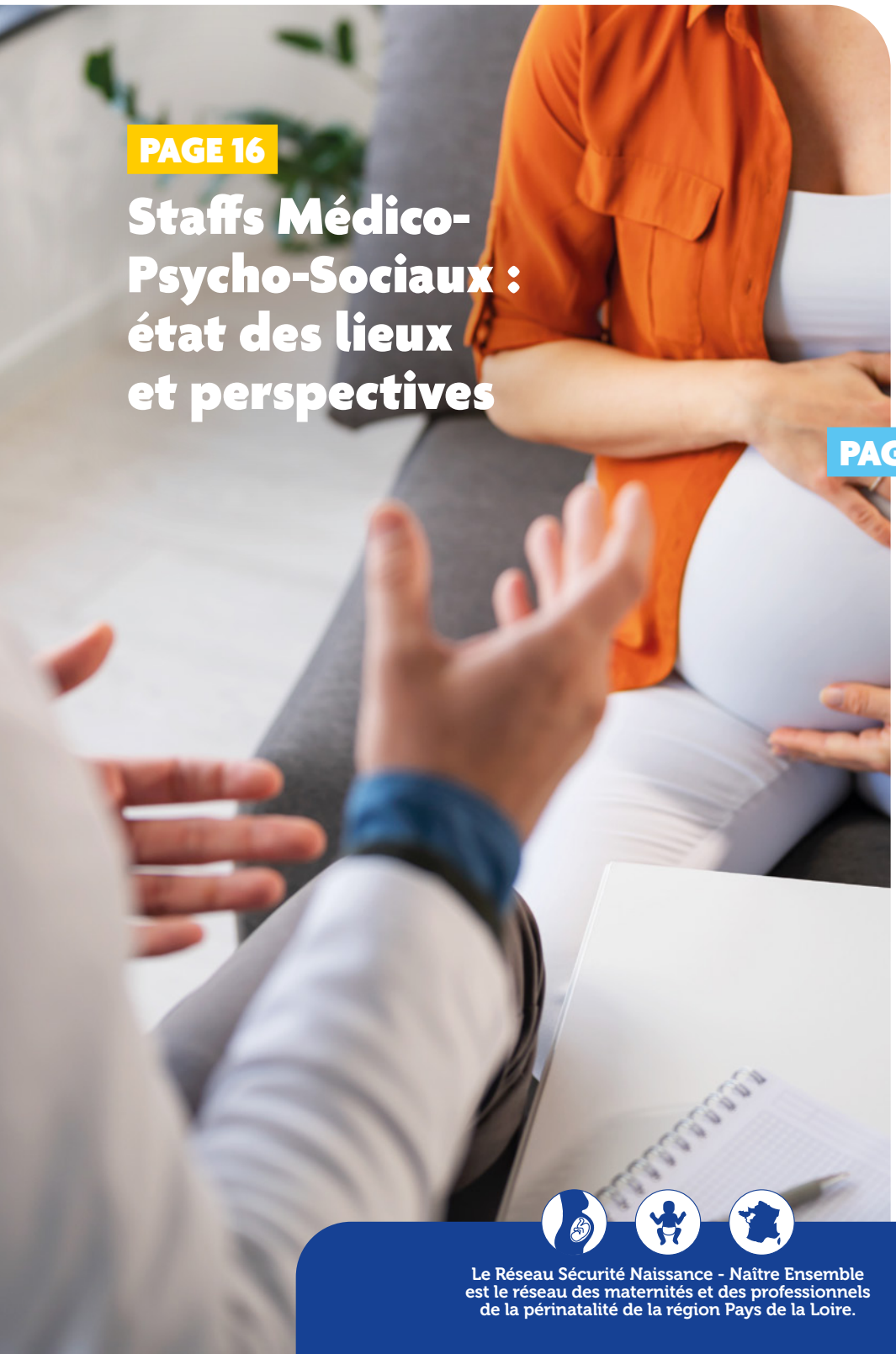
n°49
Décembre 2023
ISSN 2271-8850

Le Bulletin

Lettre interne du **"Réseau Sécurité Naissance - Naître Ensemble"** de la région Pays de la Loire



PAGE 16

Staffs Médico-Psycho-Sociaux : état des lieux et perspectives

Sommaire

p. 2 Agenda 2024
p. 3 Editorial
p. 4 Satisfaction des Journées Scientifiques 2023
p. 5 Évènements indésirables graves déclarés au Réseau en 2022
p. 8 « Guide d'orientation » au sein du Réseau Grandir Ensemble
PAGE 9 **Extraits des « leçons » du staff inter-maternités 2023**

p. 13 Poursuite des ateliers in situ en réanimation néonatale
p. 14 Déploiement du projet « Mieux communiquer sur l'alcool pendant la grossesse »
p. 15 Avancées du projet « Mieux communiquer sur le cannabis pendant la grossesse »
p. 20 Informations législatives
p. 20 Maintien de la certification Qualiopi

Le bulletin est disponible en format PDF sur le site du Réseau. L'accès aux liens Internet cités dans ce bulletin peut être facilité en le consultant directement sur le site.

Le Réseau Sécurité Naissance - Naître Ensemble est le réseau des maternités et des professionnels de la périnatalité de la région Pays de la Loire.

Les commissions 2024

Commission parentalité / vulnérabilité : 20 février, après-midi
Commission IVG : 14 mars, après-midi
Commission des psychologues de maternité : 19 mars, matin
Commission des obstétriciens : 23 février, journée
Commission sage-femme : 11 janvier, après-midi
Commission puéricultrice : 19 mars, après-midi
Commission addiction : 15 février, après-midi
Commission pédiatres : 16 janvier, journée
Commission cadres sages-femmes : 25 janvier, matin
Commission audition : 15 octobre, après-midi
Commission allaitement : 1er février, après-midi
Commission du diagnostic anténatal : 13 septembre, après-midi
Commission T21 : 15 novembre, après-midi
Anesthésistes : 22 janvier, après-midi
Santé environnementale (nouvelle commission) : 8 février, après-midi

Save the date

Le 30 mai 2024, les membres de la commission Parentalité organisent une journée thématique intitulée : « **Devenir parent : on ne nous dit pas tout !** ». Les intervenants aborderont les sujets complexes du remaniement psychique du devenir parent, la pression sociétale à être un parent parfait, les outils de dépistage des signes d'épuisement parental et les possibilités de soutien et d'orientation. Nous espérons que vous serez nombreux à cet évènement !

Calendriers des formations 2024

ACTIONS DE FORMATION	DATES	LIEUX
Journée Grandir Ensemble - Formation aux référentiels Grandir Ensemble - Nouveaux médecins	**Vendredi 26 janvier 2024**	Centre Saint-Jean - Angers
Réanimation du nouveau-né par la simulation - **Module 1**	**Jeudi 1 février 2024**	Centre de simulation - Angers
Réanimation du nouveau-né par la simulation - **Module 1**	**Jeudi 8 février 2024**	Centre de simulation - Nantes
Réanimation du nouveau-né par la simulation - **Module 2**	**Jeudi 15 février 2024**	Centre de simulation - Angers
Réanimation du nouveau-né par la simulation - **Module 1**	**Jeudi 14 mars 2024**	Centre de simulation - Angers
Dépistage de la trisomie 21	**Vendredi 22 mars 2024**	EMC - Nantes
Journée Grandir Ensemble - Formation aux référentiels Grandir Ensemble	**Jeudi 28 mars 2024**	Terra Botanica - Angers
Réanimation du nouveau-né par la simulation - **Module 1**	**Jeudi 4 avril 2024**	Centre de simulation - Angers
Réanimation du nouveau-né par la simulation - **Module 1**	**Jeudi 4 avril 2024**	Centre de simulation - Nantes
Journée Grandir Ensemble - Formation aux référentiels Grandir Ensemble	**Mardi 9 avril 2024**	Westotel - La Chapelle sur Erdre
Simulation aux gestes d'urgences en néonatologie	**Jeudi 18 avril 2024**	Centre de simulation - Angers
Réanimation du nouveau-né par la simulation - **Module 2**	**Jeudi 30 mai 2024**	Centre de simulation - Angers
Journée Parentalité	**Jeudi 30 mai 2024**	ISEO - Angers
Journée des CPDPN	**Vendredi 7 juin 2024**	Terra Botanica - Angers
Réanimation du nouveau-né par la simulation - **Module 1**	**Jeudi 20 juin 2024**	Centre de simulation - Angers
Réanimation du nouveau-né par la simulation - **Module 1**	**Jeudi 3 octobre 2024**	Centre de simulation - Nantes
Staff inter-maternités	**Vendredi 27 septembre 2024**	Non défini
27èmes Journées Scientifiques	**Les 21 et 22 novembre 2024**	Atlantia - La Baule
Réanimation du nouveau-né par la simulation - **Module 1**	**Jeudi 28 novembre 2024**	Centre de simulation - Nantes
Simulation en obstétrique	**Mercredi 27 novembre 2024**	Centre de simulation - Nantes
RETEX Sages-femmes libérales	**Décembre 2024**	Non défini

Éditorial

Chers collègues et amis,

Les réseaux de santé en périnatalité (RSP) sont devenus depuis 2021 des DSRP (Dispositifs Spécifiques Régionaux en Périnatalité) dont fait partie le Réseau Sécurité Naissance.

Le Réseau n'est donc plus un RSP mais un DSRP et vous conviendrez que la différence entre les 2 sigles (mise à part une consonne de plus et l'ordre des lettres) n'était pas une évidence au quotidien pour les professionnels de santé en périnatalité dans la région.

Pour mieux définir les missions des DSRP, le ministère de la Santé les a donc actualisées dans une circulaire du 3 août dernier en collaboration avec la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP). Cette circulaire gouvernementale précise les attendus d'un DSRP dans son environnement : intégration d'un réseau de suivi des nouveau-nés vulnérables (c'est le cas avec Grandir Ensemble), un seul dispositif par région (c'est le cas également en Pays de Loire) et collaboration avec l'ARS (avec laquelle les échanges sont réguliers). Notre Réseau ligérien est donc en adéquation avec les attendus d'un DSRP, et c'est une bonne chose.

Dans une 2ème partie, la circulaire précise les priorités de travail fixées aux DSRP avec 7 axes considérées comme des priorités nationales, au premier rang desquelles le soutien de la démarche qualité en périnatalité (premier axe). Cette analyse qualité comprend notamment les revues de morbi-mortalité et les déclarations d'évènements indésirables graves dont chacun sait combien l'un comme l'autre contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge. Le Réseau continuera à s'engager dans cette démarche qualité auprès des maternités tant par l'appui local en cas d'évènements de parcours que par l'investissement de l'équipe de simulation in situ. Le Réseau s'attachera à développer des missions en lien avec les axes spécifiquement périnataux de la circulaire comme les entretiens prénataux et post nataux (axe 4) et les cellules de transfert périnataux (axe 7).

Dans les suites du projet mené cette année au sein du Réseau sur « l'offre de soins en périnatalité » (OSEP) une avancée concrète a déjà été entérinée entre le Réseau et l'ARS : mettre en place une cellule unique de régulation des transports pour toute la région avec un seul numéro d'appel téléphonique quand vous avez besoin d'un transfert. Le Réseau travaille actuellement sur les modalités concrètes de ce dispositif qui devrait être effectif en mars prochain avec une organisation bi-site Nantes-Angers pour garder le maillage périnatal... mais en pratique pour les établissement 1 seul numéro 24/7 pour appeler. Ce souhait a été exprimé à plusieurs reprises par les professionnels de santé lors des journées de l'OSEP, nous avons clairement avancé sur ce sujet, et je m'en réjouis.

Nous voudrions tous que les autres sujets de l'OSEP qui nous préoccupent au quotidien progressent également. Soyez assurés que la cellule de coordination du Réseau et le bureau que je remercie tous deux pour leur implication font leur possible pour que ce soit ainsi.

En attendant, je vous souhaite une belle fête de Noël et une très bonne année 2024 !

Pr Cyril Flamant
Président du Réseau Sécurité Naissance

Satisfaction des Journées Scientifiques 2023

Vous avez été près de 300 professionnels à participer aux journées scientifiques 2023 et nous vous en remercions !

Ce moment d'échange et de mise à jour des pratiques professionnelles a majoritairement répondu à vos attentes comme en témoignent les tableaux ci-dessous extraits des **questionnaires de satisfaction**.

Nous espérons qu'il en sera de même en 2024 !

ORGANISATION GÉNÉRALE	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Total
Accueil et organisation générale	93	7	0	0	100
Le lieu	90	8	1	1	100
Satisfaction globale	64	35	1	0	100

ATTEINTE DES OBJECTIFS	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Total
Mettre à jour les connaissances professionnelles à partir des recommandations des sociétés savantes	93	7	0	0	100
Echanger autour des pratiques et du rôle de chacun des membres de l'équipe soignante	90	8	1	1	100
Renforcer les connaissances théoriques et diffuser les recommandations de bonnes pratiques	50	37	12	1	100

Évènements indésirables graves déclarés au Réseau en 2022

Un Évènement Indésirable Grave associé aux Soins (EIGS) est un évènement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent, y compris une anomalie ou une malformation congénitale (art. R. 1413-67 du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016).

Tous les évènements indésirables méritent d'être analysés par les professionnels de santé afin de comprendre les raisons de leur survenue, de trouver des axes d'amélioration et de développer un partage d'expérience au niveau régional notamment via le staff inter-maternités et des revues de mortalité et de morbidité.

Une liste d'évènements à déclarer au Réseau (évènements indésirables graves associés à des soins, évènements inattendus graves, évènements porteurs de risque) est proposée via des fiches standardisées de déclaration téléchargeables via le site du Réseau : *https://www.reseau-naissance.fr/fiches-declaratives/*

En 2022, 22 établissements ont participé à ce processus qualité.

639 fiches d'évènements graves ont été analysées.

Grâce à l'amélioration du circuit déclaratif au sein de 4 établissements, on constate **une augmentation de 14,1% des fiches analysées**. Toutefois, dans un contexte de difficultés de ressources humaines dans les établissements de santé, il est important de notifier que 3 maternités n'ont pu participer à ce processus qualité avec le même engagement que les années précédentes.

EIG lié à un transfert maternel non optimal - Année 2022
Transferts néonataux non optimaux - Année 2022

Évènements graves obstétricaux

Plus de 70% des évènements graves obstétricaux déclarés au Réseau regroupent :

- **Les Hémorragies du Post-Partum (HPP) graves avec plus de 1 500 ml, ou celles avec transfusions ou un geste « marqueur » (chirurgie, embolisation).**

Dans la littérature, leur incidence est de 2,0% des naissances. Même si leur déclaration représente 55,6% des déclarations, elles restent sous déclarées puisque leur incidence, dans la région, est de 0,7% des naissances.

Leur suivi est pourtant essentiel car cet évènement correspond à un marqueur de qualité des soins en obstétrique.

Il convient de rappeler que, dans le dernier rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM - rapport sur le triennum 2013-2015), les hémorragies obstétricales ne sont plus la première cause de mortalité maternelle même si elles restent une cause préoccupante de morbi-mortalité en France (1,0‰ naissance). Même si la mortalité par hémorragie obstétricale a été divisée par deux en quinze ans, les HPP sévères restent la première indication obstétricale d'hospitalisation en réanimation.

En Pays de la Loire, parmi les 270 HPP déclarées, 34 femmes ont été transférées dans un service de soins continus soit 12,6% (11,4% en 2021).

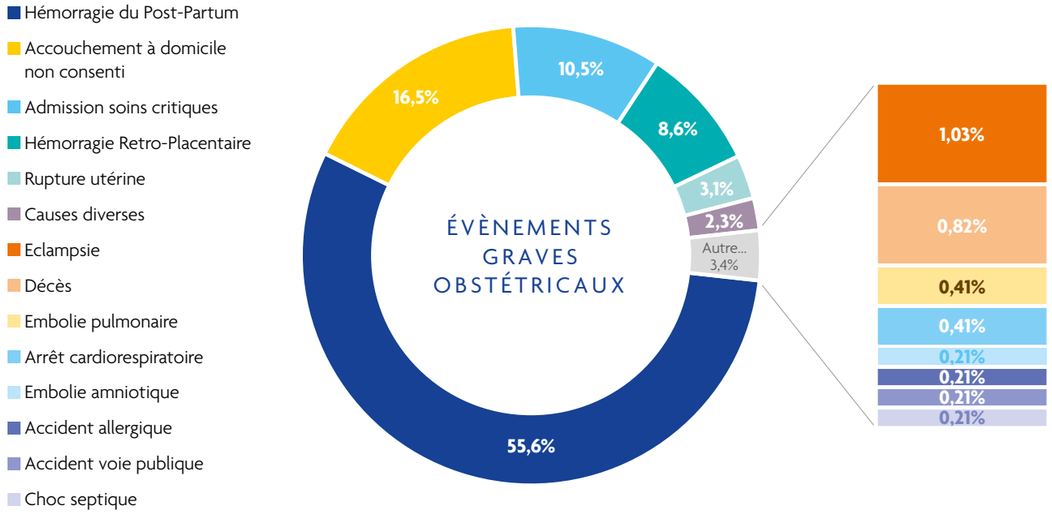
- **Les accouchements à domicile non consenti.** Cet indicateur est récent car il a été ajouté sur les fiches déclaratives de 2021.

Malgré le contexte difficile d'offre de soins, le nombre de déclarations reste stable entre 2021 et 2022.

- **82,5% des accouchements à domicile non consentis déclarés se sont déroulés, après 37 SA, sans aucune complication.**

Toutefois, nous pouvons noter que certains ont été sources de complications graves puisqu'une patiente a présenté une HPP grave, qu'un nouveau-né, né à 40 SA, a présenté une encéphalopathie anoxo-ischémique ayant nécessité une mise en hypothermie et 2 nouveau-nés ont présenté une détresse respiratoire dont l'un dans un contexte de liquide amniotique méconial.

Figure 1 : Évènements graves obstétricaux déclarés en 2022 (n=486)



4 décès maternels
ont été recensés en 2022
dont un seul peut être
« à priori » considéré
comme parable.

PARABLE :

Patiente de 26 ans ayant présenté un arrêt cardio respiratoire suite à une rachianesthésie totale.

IMPARABLE :

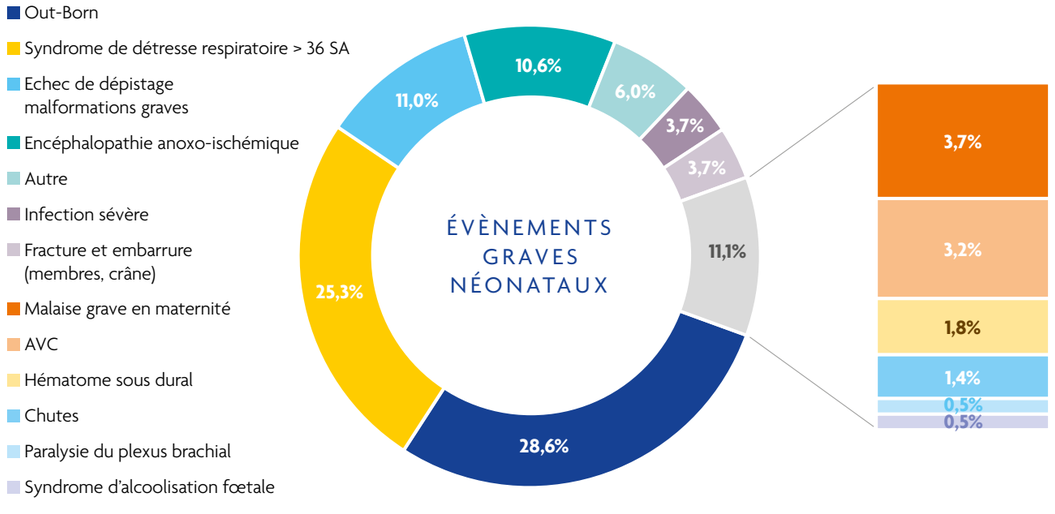
Patiente de 42 ans ayant présenté un arrêt cardio respiratoire en salle opératoire lors d'une césarienne à 36+4 SA. Autopsie attestant d'une embolie amniotique.

Patiente de 29 ans avec grossesse gémellaire monochoriale qui a été hospitalisée pour syndrome transfuseur-transfusé ayant justifié 2 traitements par laser sous fœtoscopie. Elle a été ensuite hospitalisée pour menace d'accouchement prématuré. A 29 SA (J1 de la sortie d'hospitalisation), arrêt cardio respiratoire à domicile avec mort fœtale in utero. La patiente sera prise en charge par le SAMU, transférée en réanimation puis décédera dans un contexte d'embolie pulmonaire et de coagulation intravasculaire disséminée.

Patiente de 39 ans ayant présenté un cancer du sein en 2011 et une hyperplasie de l'endomètre en 2019. Grossesse normale avec césarienne à 39 SA pour altération du rythme cardiaque fœtal. Consultation à 7 mois du post-partum pour dyspnée et ascite avec découverte d'un cancer généralisé et décès 48 h après.

Évènements graves néonataux

Figure 2 : Évènements graves néonataux déclarés en 2022 (n=217)



Le nombre « Out-Born » déclaré au Réseau poursuit son augmentation en 2022 (51 en 2021 et 62 en 2022).

Il est à noter, parmi ces situations d'Out-Born, que 7 naissances « Out-Born » semblent évitables au vu des éléments transmis :

- **Accouchement « Out-Born » peu de temps après une sortie d'hospitalisation.**
- **Accouchement « Out-Born » dans un contexte de transfert in utéro** rendu impossible par manque de place dans un établissement de niveau supérieur ou par indisponibilité de mode de transport.

Concernant les enfants présentant un **syndrome de détresse respiratoire après 36 SA**, 49,0% des enfants présentaient une inhalation de liquide amniotique ou une maladie des membranes hyalines. Pour 15,0% des dossiers, l'étiologie du syndrome de détresse respiratoire n'a pas été identifiée. Et pour les autres dossiers, les syndromes de détresse respiratoire étaient associés à d'autres contextes (infection, pathologie néonatale, asphyxie périnatale).

8 nouveau-nés, nés après 37 SA, ont présenté un épisode à type de **malaises au sein de leur séjour en maternité**. Dans 62,5% des cas, ce malaise a été le 1er signe clinique qui a permis la découverte d'une pathologie sous-jacente (hématome cérébral, AVC, sténose valvulaire pulmonaire ou encore épilepsie).

La stagnation des indicateurs de la santé périnatale appelle à un ensemble d'actions nationales et régionales notamment dans le champ de la qualité des pratiques pour lequel le Réseau participe activement, en collaboration avec les maternités de la région, via l'analyse des évènements indésirables graves, le soutien aux revues de morbi-mortalité, et les formations.

Malgré la tension sur la démographie des professionnels de santé, il est important que l'ensemble des acteurs de la périnatalité restent mobilisés dans ce processus qualité afin de permettre une amélioration des pratiques ou des organisations.

Ainsi, **grâce à l'engagement de tous les acteurs**, il sera possible de suivre certains indicateurs comme les encéphalopathies anoxo-ischémiques, la mortalité périnatale à terme dont la mort fœtale in utéro et les situations « d'Out-Born » afin de mettre en œuvre et/ou suivre des actions correctives.

« Guide d'orientation » au sein du Réseau Grandir Ensemble

Le Réseau Grandir Ensemble en Pays de Loire suit des enfants à risque de troubles du développement du fait de leurs conditions de naissance (prématurité, pathologies cardiaques, digestives, neurologiques). Ses objectifs sont multiples : la prévention, le dépistage et la coordination pour une prise en charge précoce des difficultés observées.

Pour assurer le suivi de ces enfants, **des médecins sont formés chaque année au développement neuromoteur de l'enfant**. Ils exercent en établissement, en cabinet, sont pédiatres ou généralistes.

Jusqu'alors, lorsqu'un enfant est identifié comme pouvant bénéficier d'un suivi dans le Réseau, la liste des professionnels formés est présentée à la famille. Celle-ci fait le choix du médecin qui va les accompagner jusqu'aux 7 ans de leur enfant. Après 20 ans de fonctionnement et compte-tenu des difficultés actuelles de ressources médicales dans certaines parties de la région, la coordination constate que ce fonctionnement demande à être optimisé. En effet, certains médecins formés ne sont encore référent d'aucun enfant. Parallèlement, d'autres peuvent avoir une file active de plus de cent enfants. Enfin, des médecins de première ligne peuvent se retrouver en difficultés face à des enfants qui présentent des troubles importants du développement et qui nécessiteraient, de fait, un suivi plus adapté.

Une réflexion régionale a donc été engagée au sein du Comité de Pilotage Grandir Ensemble pour proposer un « guide d'orientation des suivis » qui permettrait de **répartir les enfants suivis de manière plus adaptée entre les différents médecins, en tenant compte des facteurs de risques de chaque enfant.** Ce schéma est un guide pour les médecins réalisant les inclusions. Non contraignant, **son utilisation doit se faire en tenant compte du contexte local, des spécificités de l'enfant et de la famille, et en respectant le choix des parents**.

Il est prévu de quantifier les répercussions de son utilisation après un temps de fonctionnement en regardant la nouvelle répartition des suivis des enfants selon sur les ressources médicales disponibles et le type de professionnels formés.

Pédiatrie hospitalière (CHU, CHG)	Pédiatrie libérale	Activité de ville autre (MG, PMI)
- AG < 28 SA <OU> - PN < 1 250 g <OU> - Présence d'au moins une pathologie justifiant d'un suivi hospitalier (cf. liste ci-dessous)	- 28 SA ≤ AG < 31 SA <OU> - 1 250 g ≤ PN < 1 500 g <ET> - Absence d'une pathologie justifiant d'un suivi hospitalier (cf. liste ci-dessous)	- AG ≥ 31 SA <ET> - PN ≥ 1 500 g <ET> - Absence d'une pathologie justifiant d'un suivi hospitalier (cf. liste ci-dessous)

Groupe A :
- Respiratoires et cardio-vasculaires : hypoxémie réfractaire, état de choc cardiogénique, état de choc hypovolémique/hémorragique, état de choc septique
- Neurologiques : HIV III/IV, EAI, pathologie de la substance blanche, AVC, méningite (bactérienne ou virale)

Groupe B :
- Neurologiques : convulsions isolées hors EIA, hypotonie néonatale non expliquée
- Cardiaques : TGV, cardiopathie cyanogène sur obstacle droit, CAV, cardiopathie sur obstacle gauche, CEC en période néonatale
- De paroi : hernie diaphragmatique, laparoschisis, omphalocèle, atrésie de l'oesophage, ECUN opérée
- Diagnostics anténataux : malformation cérébrale, anomalie de corps calleux, ventriculomégalie, anomalie de la fosse postérieure, foetopathie à CMV
- Infectieuses : infection virale (herpès) ou toxoplasmose, infection néonatale bactérienne précoce
- Exposition à l'alcool

***En gras : pathologies pré-identifiées comme relevant d'un suivi hospitalier**

La diffusion de ce schéma avec les listes correspondantes devrait être faite dans les prochaines semaines. La coordination reste disponible pour répondre aux interrogations des professionnels sur l'utilisation de ce nouvel outil.

Extraits des « leçons » du staff inter-maternités 2023

Relecture : Cyril FLAMANT, Norbert WINER.
L'ensemble du texte est disponible sur demande par mail à la coordination du Réseau Sécurité Naissance.

Obstétrique

PRÉCISIONS SUR L'INFORMATION DE LA PATIENTE EN CAS D'UTÉRUS CICATRICIEL

L'existence d'une cicatrice utérine pose principalement le problème du choix du mode d'accouchement :
- Tentative d'accouchement par voie basse.
- Césarienne de principe.

Chacune des deux attitudes comporte des avantages et des inconvénients.

TENTATIVE D'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE

Avantages :

La tentative d'accouchement par voie basse après césarienne (TVBAC) permet un accouchement par voie basse plus de 8 fois sur 10. Cela évite une deuxième cicatrice sur l'utérus.

Parmi les inconvénients de la TAVBAC :

Echec de l'accouchement voie basse 1 fois sur 5, imposant la réalisation d'une césarienne en cours de travail.

L'existence de la cicatrice utérine expose à un risque de rupture en cours de travail dans environ 1% des cas (entre 0,2% et 0,8% si le travail est spontané). Cette rupture utérine peut entrainer une hémorragie maternelle et beaucoup plus rarement un risque vital pour le bébé (1 cas sur 1 000).

1 à 2% de ruptures utérines lors d'une TAVBAC si délai <6mois entre la césarienne antérieure et le début d'une nouvelle grossesse. Actuellement, il n'existe pas de recommandation sur le délai entre la réalisation d'une césarienne et le début d'une nouvelle grossesse.

RPC CNGOF 2012 : le risque de rupture utérine augmente avec la réduction de l'intervalle entre l'accouchement par césarienne et la date de conception de la grossesse suivante (NP3). Une TVBAC peut être autorisée même en cas de délai inférieur à 6 mois, si les conditions obstétricales sont favorables (accord professionnel).

CÉSARIENNE DE PRINCIPE

Avantages et inconvénients de la césarienne programmée après une première césarienne :

La réalisation d'une nouvelle césarienne programmée évite le risque de césarienne en urgence et élimine presque totalement le risque de rupture utérine. Mais elle provoque une 2e cicatrice utérine et entraîne, de ce fait, une augmentation du risque d'anomalies d'insertion placentaire et de difficultés opératoires en cas de grossesses ultérieures. Les taux d'infection, de transfusion sanguine, de phlébite, d'hystérectomie sont plus élevés lors d'un accouchement par césarienne.

Points clés

- **La morbi-mortalité materno-fœtale est faible** ⟶ tenir compte du souhait maternel, de l'indication de la césarienne précédente, du pronostic global de la voie basse dans le cas individuel et des projets de grossesses ultérieures.
- Toute patiente ayant un utérus cicatriciel doit avoir un **entretien avec un obstétricien** pour recueillir un **consentement éclairé**.
- Le choix du mode d'accouchement est **déterminé conjointement** par la patiente et par son médecin accoucheur.
- **L'information doit être tracée dans le dossier et datée**. Vérifier le compte-rendu opératoire : type d'hystérotomie et indication de la césarienne.
- **Cette décision peut être ré-évaluée à l'entrée en travail, en cas d'éléments nouveaux.**

PRÉ ÉCLAMPSIE SÉVÈRE

Le protocole « Prise en charge de la prééclampsie sévère » du Réseau a été mis à jour, à partir des RPC communes CNGOF-SFAR de 2021, en commission des anesthésistes.

Il a été relu par la commission des obstétriciens et est associé à deux fiches pratiques pour faciliter son utilisation.

Ces documents sont téléchargeables sur le site du Réseau : *https://www.reseau-naissance.fr/systeme/base-documentaire/?commune=4585*

Néonatalogie

RÉANIMATION NÉONATALE

Erreurs / Ecarts de bonne pratique dans la prise en charge de la réanimation du nouveau-né en salle de naissance retrouvés dans les dossiers 2023 :

- Début du massage cardiaque externe (MCE) trop tardif. En cas de nouveau-né en état de mort apparente (FC <60), il doit être initié le plus tôt possible après l'étape de ventilation. Si FC<60, le MCE doit être initié à M1 (après au moins 30 secondes de ventilation efficace).
- Lors du MCE, la FC ne doit pas être évaluée pendant le MCE mais au moment d'un bref arrêt pour apprécier l'état du nouveau-né.
- Intubation initiée trop tardivement (M10) : s'il existe une indication à l'intubation dès la naissance, celle-ci doit être réalisée idéalement avant la fin de M2.
- L'administration de l'adrénaline doit se faire préférentiellement en intraveineux (IV). La décision de poser le cathéter veineux ombilical (KTVO) doit être prise avant M4. En cas d'indication à l'injection d'adrénaline, dans l'attente de la pose du KTVO, il est envisageable d'administrer la première dose d'adrénaline en intra trachéal (IT). Mais cette voie d'administration ne fait pas partie des recommandations actuelles. L'utilisation de la voie intra trachéale ne doit pas retarder la pose du KTVO. Priorité absolue au KTVO pour l'administration IV de l'adrénaline.
- Il faut connaître la dilution de l'adrénaline : 1 ml dans 9 ml de NaCl. Et parler en mg ou ml, mais surtout ne pas mélanger les unités.
  - Adrénaline pure : 1 ml = 1 mg = 1000 8
  - Adrénaline diluée au 10ème (1 ml adrénaline + 9 ml NaCl) : 1 ml = 0.1 mg = 100 8
  - Adrénaline diluée au 10ème : Voie IV : 0.1 à 0.3 ml/Kg. A renouveler toutes les 3 à 5 min si besoin. [Voie IT 0.5 à 1 ml/Kg. Ne pas dépasser 3ml]
- La réanimation néonatale en salle de naissance doit être tracée sur le dossier médical de manière la plus détaillée possible. Une feuille de traçabilité, disponible sur le site du Réseau, est proposée.

CONDUITE À TENIR DEVANT UNE NAISSANCE DANS UN CONTEXTE D'ASPHYXIE PÉRINATALE

L'asphyxie périnatale : Hypoxie + acidose métabolique. Anomalie des échanges materno-fœtaux aboutissant à une acidose métabolique. Si le métabolisme anaérobie dans les tissus est dépassé ⟶ défaillance cérébrale et cardiaque pour le nouveau-né. Il est important, pour le gynécologue-obstétricien et la sage-femme, de repérer les situations à risque d'asphyxie périnatale à l'origine de l'hypoxie ischémique du cerveau du nouveau-né.

Il est essentiel de distinguer :

- **L'acidose respiratoire :** pH faible, alors que les lactates et/ou le base excess (BE) sont normaux.
- **De l'acidose métabolique :** pH faible associé à des lactates et/ou un BE élevé.

L'encéphalopathie anoxo ischémique (EAI) survient en France, chez environ 1 à 2 nouveau-nés pour 1 000 naissances vivantes. Une réduction de la température centrale à 34°C (+/- 0,5°C) améliore le pronostic neurodéveloppemental de ces nouveau-nés par un effet neuroprotecteur.

Le score de Sarnat est utilisé pour évaluer la gravité de l'encéphalopathie anoxo ischémique.

Le score de Thompson est plus utilisé pour les nouveau-nés prématurés ou à risque d'hémorragies intraventriculaires (HIV). Il permet de classer l'état neurologique en niveaux de gravité, allant de 1 (moins sévère) à 3 (plus sévère).

Ces 2 scores (Sarnat et Thompson), sont des outils cliniques pour évaluer l'état neurologique du nouveau-né. Ils permettent de classer l'état neurologique en niveaux de gravité.

Ces scores de Sarnat et/ou de Thompson, sont à coter avant H1, entre H1 et H2, à H3 pour participer à l'indication d'une mise en hypothermie du nouveau-né. Pour rappel, la mise en hypothermie doit se faire avant H6, avec une température cible de 34°C, chez les nouveau-nés ≥ 36 SA et poids de naissance ≥ 1 800g.

Points clés

- La **prise en charge adaptée et précoce de l'encéphalopathie anoxo ischémique** (EAI) diminue la morbidité et la mortalité néonatale.
- L'**hypothermie contrôlée** doit être mise en place le plus précocement possible lorsqu'elle est indiquée, **dès H2** (et avant H6). Sa durée est de **72 h**.
- En région Pays de Loire, 3 services de réanimation néonatale référents réalisent l'**hypothermie** : les **CHU d'Angers** et **Nantes**, **CH Le Mans**. Il faut contacter le centre référent du lieu de naissance, pour poser ou non l'indication de mise en hypothermie contrôlée.

SCORE DE SARNAT

Entourer les items correspondant à l'état clinique du nouveau-né.
La présence d'un seul item du grade le plus élevé confirme ce grade.

Score à H1	Examen normal	Sarnat grade 1	Sarnat grade 2	Sarnat grade 3
CONSCIENCE	Vigilance conservée. Quand ouvre les yeux : regarde, fixe, suit	Vigilance conservée. Quand ouvre les yeux : regarde, fixe, suit	Nouveau-né peu présent. Si ouvre les yeux : regard dans le vague	Comateux
ACTIVITÉ MOTRICE GLOBALE	Harmonieuse variée	Hyperexcitabilité	Pauvre ou agitation. Mouvements stéréotypés : boxe, pédalage	Décérébré. Enroulement des membres supérieurs
POSTURE	Flexion des 4 membres	Flexion des 4 membres	Extension des membres. Flexion distale	Décérébrée. Enroulement des membres supérieurs
TONUS AXIAL	Normale ou hypotonie modérée	Hypotonie modérée	Hypotonie franche	Flaccide
RÉFLEXES				
Succion	Efficace	Efficace	Faible ou mâchonnements sans aspiration	Absente
Moro	Complet	Réponse partielle ou seuil bas	Incomplet	Absent
SN AUTONOME				
Pupille	Normales, réactives	Normales, réactives	Myosis (pupilles rétractées)	Mydriase aréactive
FC	Normale	Normale	Lente	Immuable
Respiration	Normale	Hyperventilation	Périodique ou hyperventilation	Apnée ou gasps
Minute de vie	**M30**	**M60**	**M120**	**M180**
Score de Sarnat				

SCORE DE THOMPSON

Signes	0	1	2	3
TONUS	Normal	Hypertonie segmentaire	Hypotonie globale	Flasque
CONSCIENCE	Normal	Hypervigilance, regard fixe	Léthargie	Coma
CONVULSIONS CLINIQUES	Aucune	< 3/ jour	> 2/ jour	-
POSTURE	Normale	Pouces adductus, pédalage	Flexion marquée des membres supérieurs	Décérébration
MORO	Normal	Partiel	Absent	-
GRASPING	Normal	Faible	Absent	-
SUCCION	Normale	Faible	Absentes +/- mâchonnement	-
RESPIRATION	Normale	Hyperventilation	Apnées brèves	Apnées
FONTANELLE	Normotendue	Tendues, non bombée	Bombée	-

ASPHYXIE PÉRINATALE
ET HYPOTHERMIE CONTRÔLÉE :

ARBRE DÉCISIONNEL EN SALLE DE NAISSANCE

CONTEXTE ASPHYXIE PERINATALE

- **Évènement périnatal aigu** ⟶ contexte d'asphyxie périnatale (rupture utérine, procidence du cordon, hématome rétro placentaire (HRP), état de choc maternel, accouchement dystocique)
- **Anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF) à risque important ou majeur d'acidose**

↓

AG ≥ 36SA ET PN > 1800G ET ≤ H6

↓

ET AU MOINS UN DES CRITÈRES

- pH ≤ 7 **OU** lactates ≥ 11mmol/l **OU** base déficit ≥ 16mmmol/l au cordon ou avant H1

OU

- APGAR < 5 à M10

OU

- Nécessité d'une intubation ou ventilation au masque poursuivie après M10

↓

SIGNES CLINIQUES D'ENCÉPHALOPATHIE ?
(coter le score de Sarnat / voir tableau)

SI SARNAT GRADE 2 OU 3

↓

- Envisager l'**hypothermie** (pour être efficace, doit être débutée avant H6)
- Appel du **réanimateur de néonatalogie au plus tôt** (appeler avant H3)
- Dans l'attente de l'avis du service de réanimation, **monitorer la température cutanée et maintenir une T° entre 35°C et 36°C**
- **Prise en charge :**
  - Respiratoire : **NE PAS EXTUBER**, limiter l'hyperoxie et l'hypocapnie
  - **Surveillance glycémique**
  - **Examen neurologique** répété et noté : score Sarnat (ou Thompson si indiqué)
  - **Pas d'anticonvulsivant** systématique
  - Envoyer le **placenta en anatomopathologie**
  - Récupérer le **RCF**

Refus de soins

La loi du 4 mars 2002 impose au professionnel de santé de respecter le droit du patient à refuser un soin ou un traitement hormis si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté (coma) et que dans ce cas, l'urgence ou l'impossibilité ne permette pas de consulter la personne de confiance ou à défaut la famille.

Le praticien a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Dans ce cas, il sera nécessaire de réitérer les explications, de multiplier les sources d'information ainsi que les personnes qui informent, en s'aidant si besoin de la personne de confiance ou un tiers désigné par la patiente, un interprète si barrière de la langue.

L'ensemble des échanges doit être tracé de manière précise et factuelle, dans le dossier médical.

Dans les situations où les risques sont prévisibles, il faut essayer d'anticiper et de donner l'information en amont de l'urgence vitale, afin d'éviter que des décisions importantes ne soient prises qu'en situation critique.

Dans le cas d'un mineur, le consentement des personnes titulaires de l'autorité parentale est nécessaire (sauf contraception, IVG). Cependant, le médecin ou la sage-femme est autorisé à passer outre ce refus et prendre l'initiative des soins si le refus des parents peut entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur.

En obstétrique, la question de la césarienne pour sauvetage fœtal se pose ; le fœtus, n'a pas dans le droit français d'existence légale avant sa naissance ; une intervention chirurgicale ou tout autre acte non consenti ne peut être effectué sous la contrainte ou sans le consentement de la mère. Le professionnel ne pourra pas être poursuivi pénalement pour non-assistance à personne en péril.

Si la césarienne est nécessaire pour sauvetage maternel et que le praticien a passé outre le consentement de la patiente, il pourra être poursuivi s'il y a une plainte de la patiente ou de son entourage mais la jurisprudence a pour le moment toujours considéré que le praticien peut passer outre le consentement de la personne si « l'acte est indispensable à sa survie et proportionné à son état ».

Ce droit à consentir aux soins doit néanmoins se conjuguer avec la liberté d'exercice du professionnel de santé ; **une sage-femme ou un médecin peut aussi refuser des soins à une parturiente** pour des raisons professionnelles ou personnelles, à condition que l'on ne soit pas dans une situation d'urgence, et que la décision n'implique pas une dégradation de la santé de la mère et/ou de l'enfant. Le professionnel doit cependant s'assurer de la continuité des soins.

En revanche, les situations de refus de soins discriminatoires sont sanctionnées.

Poursuite des ateliers in situ en réanimation néonatale

Depuis fin 2020, le Réseau accompagne les maternités des Pays de la Loire souhaitant mettre en place, ou pérenniser, des ateliers in situ de maintien des connaissances et des compétences en réanimation néonatale (RNN). Un groupe de travail s'est créé et a pour objectif de faire vivre des ateliers au sein des maternités du Réseau.

Ces ateliers procéduraux doivent permettre de s'exercer régulièrement et visent des objectifs pédagogiques de connaissance de l'environnement et du matériel, de reprise de l'algorithme, de maitrise des gestes techniques, et pour certains sont associés à des mises en situation avec débriefing.

Ce groupe de travail réunit les formateurs référents qui animent les ateliers ; tous exercent dans leurs propres établissements. Au sein du Réseau, l'équipe pédagogique est composée du Dr Frédérique BERINGUE, du Pr Cyril FLAMANT, de Rozenn COLLIN et d'Estelle BOULVAIS (sages-femmes du Réseau). L'accompagnement du Réseau repose sur :

- le soutien en pédagogie et en expertise RNN,
- le partage d'outils pédagogiques communs (algorithme de RNN par exemple),
- les retours d'expériences des référents pour faire évoluer collectivement les projets.

Notre Journée de rencontre annuelle a eu lieu le 11 octobre : **31 formateurs pluriprofessionnels, issus de 15 maternités des Pays de la Loire, étaient présents**. Nous en avons profité pour immortaliser cette journée de partage et d'échanges.

Un grand merci à tous les référents du groupe de travail pour leur engagement !

« Comment mieux communiquer sur l'alcool pendant la grossesse ? » Utilisation des outils créés

Le Réseau mène depuis 2021 un projet de formation sur la communication pour le repérage des consommations d'alcool pendant la grossesse.

Un groupe de travail pluriprofessionnel a créé des **vignettes vidéo** mettant en scène des situations cliniques autour de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Depuis juin 2023, nous avons proposé aux maternités de la région d'organiser dans leur service et avec des membres de leurs équipes, des **sessions de formations utilisant les outils vidéos** créés.

Les **objectifs d'apprentissage** sont :

- **Aborder l'intérêt du repérage, du conseil, de l'orientation et de l'accompagnement** face à la consommation d'alcool en cours de grossesse puis des enfants en post natal, sous l'angle de la communication, des attitudes verbales et non verbales.
- **Donner des outils de communication** pour interroger et accompagner les patientes.
- **Illustrer l'utilisation des outils d'information et de communication de type RPIB** (Repérage Précoce et Intervention Brève) et entretien motivationnel grâce à l'utilisation de vidéos.

Ces formations seront assurées et animées par un **binôme composé d'une formatrice du Réseau accompagnée si possible d'un référent addictologie de la structure accueillant la formation**.

Huit maternités ont déjà répondu positivement dans lesquelles nous iront bientôt présenter cette formation.

Ce projet s'inscrit dans le **programme régional de prévention des addictions** (ARS).

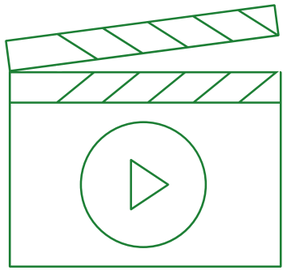
Protocoles alcool et grossesse

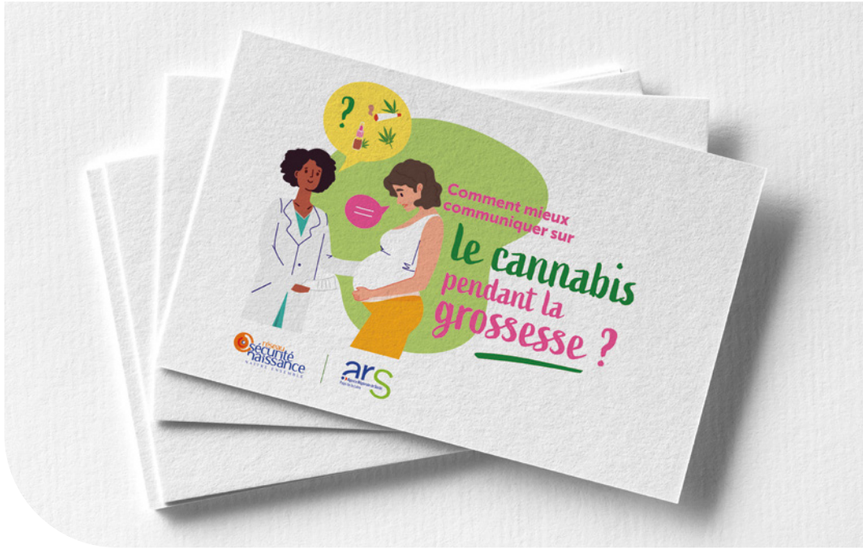
A l'initiative des membres de la commission addiction, un référentiel et deux protocoles ont été rédigés concernant la consommation d'alcool pendant la grossesse :

- Référentiel alcool.
- Repérage des consommations d'alcool, accompagnement de la femme enceinte et du nouveau-né.
- Prise en charge de l'alcoolisation aigue pendant la grossesse.

Les 2 premiers documents sont téléchargeables sur le site du Réseau :
https://www.reseau-naissance.fr/systeme/base-documentaire

Le troisième le sera très prochainement.





Le Réseau se transforme en lieu de tournage !

Après avoir développé un projet de formation sur la communication pour le repérage des consommations d'alcool pendant la grossesse, le Réseau a mis en place un projet utilisant les mêmes méthodes pédagogiques en ciblant cette fois-ci l'action de formation sur la consommation de cannabis pendant la grossesse.

Ce projet se concrétise et les vidéos sont en cours de préparation.

Le Réseau a donc transformé un de ses bureaux en studio de tournage pour accueillir les comédiens et l'équipe technique de Jean-Paul Alves.

Staffs Médico-Psycho-Sociaux : état des lieux et perspectives

En septembre 2022, l'équipe Régionale Ressource en Vulnérabilité (ERREV) a vu le jour, sous l'impulsion de l'ARS et le pilotage du Réseau, via un financement de Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Leur mission est d'accompagner les professionnels régionaux de la périnatalité dans la construction de parcours de soins coordonnés pour les patientes vulnérables, au travers notamment du déploiement et de l'optimisation des Staffs Médico-Psycho-Sociaux (SMPS). Cette création fait suite à la publication du **rapport des 1 000 jours en 2020**, et de l'instruction **SGMCAS/2021/74 du 1er avril 2021**, qui ont souligné l'importance d'améliorer et de pérenniser le repérage et l'**orientation des femmes enceintes en situation de vulnérabilité.**

Afin de poser les bases de son travail, l'équipe a réalisé un état des lieux régional des SMPS et de la prise en charge de la vulnérabilité en périnatalité. Un comité de pilotage a déterminé les actions prioritaires à mener en conséquence.

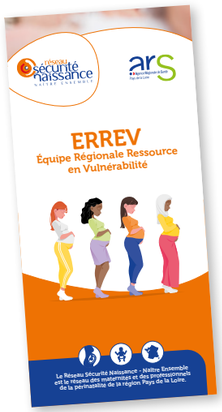
Encadré 1 : composition de l'équipe régionale ERREV

Loire-Atlantique
- Charlotte TOUYRE
- Blandine PINEAU

Mayenne/Sarthe
- Gwennola CHAUDET

Maine-et-Loire
- Carole KOWALCZYK

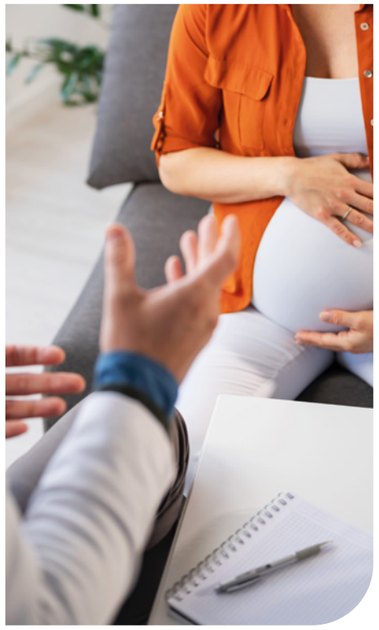
Vendée
- Emilie DELRIEUX



Méthode

Une enquête a été menée dans les **23 maternités** de la région et auprès des services de PMI, entre janvier et juillet 2023. Les professionnels invités à participer représentaient **l'ensemble des corps de métier de la périnatalité** travaillant ou intervenant dans ces maternités, et susceptibles d'être impliqués dans le repérage. Les professionnels ont été invités à répondre à un **questionnaire dirigé**, en face à face, **complété en direct par les sages-femmes de l'équipe ERREV**.

Le consentement des répondants a été sollicité au cours de la prise de contact. Les données recueillies étaient anonymes, et aucune analyse individuelle n'a été réalisée.

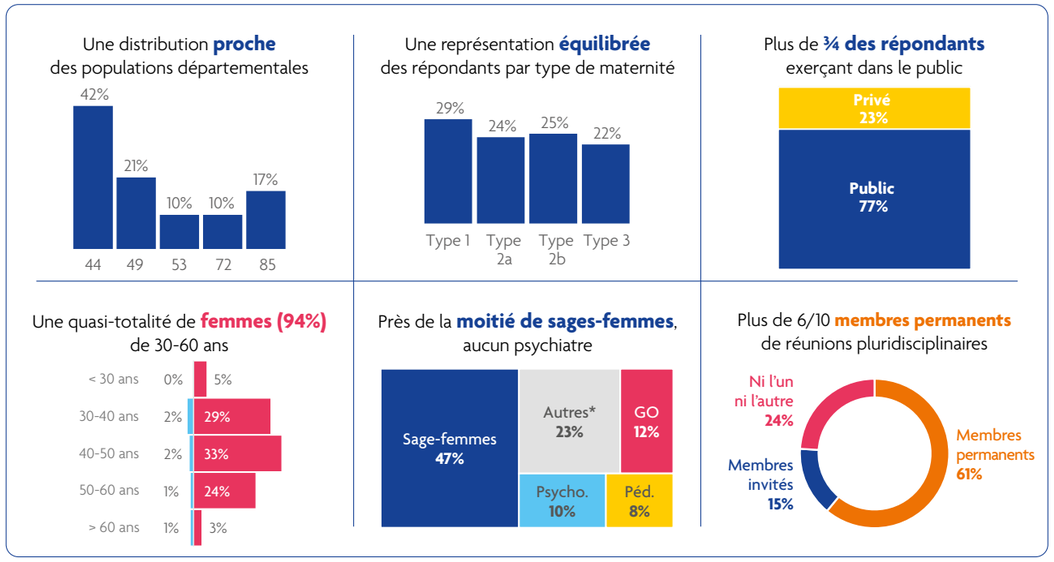


Résultats

Profil des répondants : une diversité de profils interrogés

Au total, 264 professionnels des 23 maternités de la région ont été interrogés au cours de cette enquête, parmi 312 personnes sollicités, soit 85% de participation. S'il est impossible d'affirmer que les répondants sont représentatifs de l'ensemble des professionnels de la région, ils présentent toutefois une diversité de profils, assurant ainsi une pluralité des avis (figure 1).

Figure 1 : description des répondants



* Assistantes sociales, infirmières diplômées d'état (IDE), pédopsychiatres, IDE puéricultrices, médecins généralistes

LE REPÉRAGE DES VULNÉRABILITÉS GAGNERAIT À ÊTRE HARMONISÉ ET STANDARDISÉ :

- 9 maternités n'utilisent **que des questions recensées dans le dossier obstétrical**, de qualité variable.
- Dans les 14 autres, on constate une **diversité d'outils** : Entretien Prénatal Personnalisé (EPP), auto-questionnaire type Gega, outils internes.
- Des outils méconnus seraient **utiles à promouvoir**, comme le violentomètre ou le Gega par exemple.
- Lorsque la recherche de vulnérabilité est effectuée, elle est **systématiquement tracée : une pratique à souligner !**

Auto-questionnaire type «Gega»	Consult. EPP	Quest. dans le dossier obst.	Outil propre à la mater.	Autre	N
		✓			9
	✓	✓			4
✓		✓			3
✓	✓	✓			3
		✓		✓	2
		✓	✓		1
	✓	✓	✓		1

EN REVANCHE, DEUX DIFFICULTÉS SONT À SOULIGNER :

- **La difficulté de mettre en œuvre des actions par la suite** peut limiter l'intérêt du repérage dans certaines maternités.
- **La difficulté de définir précisément la vulnérabilité**, et la nécessité de pouvoir s'appuyer sur des critères communs. Avec, en creux, le besoin de différencier ce qui relève d'une prise en charge **en permanences d'accès aux soins de santé (PASS)** de ce qui oriente vers le **SMPS**.

Les Staffs Médico-Psycho-Sociaux (SMPS)

En l'absence de définition officielle et opérationnelle d'un SMPS, **des critères ont été retenus par l'équipe ERREV** afin de partager une vision commune des objectifs à atteindre. Les maternités de la région ont été classées en **3 catégories distinctes**, avec l'objectif que toutes puissent répondre, à terme, à l'ensemble des critères définis.

Fréquence et régularité	Ouverture aux partenaires extérieurs	Lieu d'élaboration du parcours de soin
Pluridisciplinarité	Critères de sélection des dossiers	Respect du cadre éthique et législatif
Coordination et animation	Réflexion, analyse et expertise collégiale des dossiers	Traçabilité et partage des informations/décisions

Des organisations à mettre en place	Des organisations à faire évoluer	Des fonctionnements à parfaire
3 maternités n'organisent pas ou plus de réunions pluridisciplinaires	*7 maternités* organisent des réunions surtout orientées vers la liaison avec la PMI	*13 maternités* organisent des réunions répondant à la majeure partie des critères d'un SMPS

Les 4 principaux objectifs des SMPS déclarés par les répondants rassemblaient chacun **plus de 50% d'entre eux**, quand aucun autre ne dépassait 25%. Ceux-ci illustrent parfaitement les enjeux autour des SMPS, à savoir la construction d'un réseau territorial afin de permettre une prise en soins optimale des patientes repérées.

Objectif n°1
63%
Rassembler les acteurs (internes et partenaires) autour de ces situations

Objectif n°2
62%
Etablir une conduite à tenir pour le post-natal

Objectif n°3
58%
Définir le parcours de soins interne

Objectif n°4
57%
Définir le parcours de soins externe

DES ASPECTS OPÉRATIONNELS À CONSERVER, À DÉVELOPPER OU À METTRE EN PLACE

Sélection des dossiers

✓ **Dans la quasi-totalité des maternités**, la sélection se fait à l'appréciation de l'équipe. Dans les ¾, la décision peut émaner de n'importe quel professionnel.

✕ **Aucune maternité** n'utilise des critères de sélection **prédéfinis et précis**.

✕ En l'absence de passage en staff, la nécessité d'une vigilance est systématiquement tracée dans le dossier dans 7 maternités, et l'est **parfois dans les 13 autres**.

Organisation pratique et membres

✓ **La fréquence est toujours fixée** : 6 sont organisées de manière hebdomadaire, 2 bimensuels, 9 une fois par mois, et seules 3 sont organisées moins souvent. **Le nombre de dossiers est adapté à la fréquence et aux besoins** : moins de 5 dossiers sont présentés dans 8 maternités, moins de 10 dans 5 autres. Pour 5 autres, le nombre de dossiers est en fonction des besoins, alors que **seules 2 maternités** présentent plus de 10 dossiers chaque fois.

✕ **La pluridisciplinarité est à étendre** : toutes les réunions organisées comptent entre 5 et 15 membres permanents. La pluridisciplinarité et le nombre sont plus importants dans les SMPS. **La fréquence et les profils des membres invités varient fortement selon le type de professionnel concernés**.

✕ **Des professionnels peuvent manquer** : un seul psychiatre parmi les 20 maternités siège aux réunions, une secrétaire n'est présente que dans 3 réunions sur 20, et 2 maternités déclarent ne jamais inviter de professionnels extérieurs.

Professionnels mobilisés

✓ **La mobilisation des professionnels de PMI est quasi-systématique** (d'autant qu'ils sont très souvent intégrés aux réunions), **très fréquente également pour les assistantes sociales et les psychologues** (très souvent sollicitées en amont).

✕ Elle est **rare voire anecdotique** pour les médecins traitants, et plus variable pour les sages-femmes libérales et le soutien à la parentalité (type TISF - technicien de l'intervention sociale et familiale).

✕ **Plusieurs établissements pâtissent d'un manque de pédopsychiatres**. Cette problématique **concerne surtout les « petites » maternités**.

Cadre éthique

✓ **11 réunions pluridisciplinaires sont formalisées**, toujours sous la forme d'une charte de fonctionnement définissant notamment le cadre éthique.

✕ **La traçabilité et le recueil du consentement sont à systématiser**. Un compte-rendu de situation individuelle n'est réalisé que **dans la moitié des maternités** (10/20), le plus souvent dans les SMPS (9/13). Il est souvent annexé au dossier, mais **peu partagé avec les professionnels** impliqués dans la prise en charge.

✕ **L'information claire à la patiente** de la présentation de son dossier n'est **systématique que dans 8 maternités**, et « dans la mesure du possible » dans 11. **L'accord de la patiente n'est également recueilli systématiquement que dans 8 maternités**, « dans la mesure du possible » dans 11, et jamais dans 1. Il n'est jamais recueilli de **manière écrite** : il peut être notifié dans le dossier, mais **n'est jamais validé ou signé par la patiente**.

Conclusions et perspectives

APPORTS DE L'ÉTAT DES LIEUX

Il ne faut pas considérer l'état des lieux mené comme une **étude scientifique**, mais avant tout comme un **outil opérationnel**, d'une étape nécessaire pour l'élaboration du plan d'action, la structuration des axes, et la priorisation des objectifs. C'est pourquoi les personnes invitées à répondre ont été sélectionnées par l'équipe ERREV, et non tirées au sort : il s'agissait autant de recueillir des informations objectives que de **construire et stimuler la constitution d'un réseau de professionnels** autour de l'équipe. **A ce titre, l'état des lieux a répondu à toutes les attentes.** Les quelques résultats précédents en offrent un aperçu : les organisations ne sont pas homogènes sur le territoire et dépendent tout à la fois des équipes en place, des problématiques locales, des moyens à disposition, etc. L'enquête menée a permis de capter cette complexité et de la prendre en compte dans la constitution du plan d'action par l'équipe ERREV.

PLAN D'ACTION

Celui-ci se décline autour de **4 axes majeurs** (encadré 2) dont les objectifs sont de favoriser la participation au staff des professionnels intra et extra-hospitaliers et de permettre l'interconnaissance et le travail en réseau, **afin d'étayer les parcours de soins des patientes**. Les axes nécessitent **une diffusion et un partage d'information** auprès de toutes les personnes impliquées : professionnels et établissements de la périnatalité, acteurs institutionnels, parents. Ce plan d'action va être progressivement mis en oeuvre jusqu'à mi-2025 : vous n'avez donc pas fini d'entendre parler de l'équipe ERREV !

Encadré 2 : plan d'action établi par l'équipe ERREV (axes, objectifs et exemples d'actions)

Sensibiliser	- Au rôle et au fonctionnement optimal des SMPS - A l'intérêt du repérage, de l'entretien prénatal personnalisé (EPP), de l'entretien postnatal précoce (EPNP)
Professionnaliser et outiller	- Assurer le caractère pluriprofessionnel des SMPS - Créer des outils de fonctionnement, des outils d'information - Améliorer les conditions matérielles et les connaissances des professionnels
Mettre en œuvre	- Mettre en place et renforcer le fonctionnement des SMPS - Améliorer les parcours de soins et les formaliser - Diffuser les outils créés et harmoniser leur utilisation
Évaluer	- Mettre en place des indicateurs de suivi et de résultats - Travailler des outils de suivi en lien avec les établissements

Informations législatives

Dispositifs Spécifiques Régionaux

Depuis deux ans et le Décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC) et aux dispositifs spécifiques régionaux (DSR), **le Réseau est devenu un DSR**.

https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043268528

Afin de bien clarifier le rôle et le positionnement des DSR en périnatalité (DSRP), une instruction parue en aout 2023 en précise les **missions**, en lien avec les priorités nationales.

https://ffrsp.fr/2023/08/23/une-nouvelle-instruction-pour-les-dsrp/

Le cahier des charges annexé à la précédente instruction de 2015 demeure en revanche pertinent pour définir l'exhaustivité des **missions dévolues à ces structures**.

https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/39846

Centre Périnatal de Proximité (CPP)

Le cahier des charges national type des **Centres Périnataux de Proximité** (CPP) rappelant l'éventail possible de leurs missions a été publié via l'instruction du 20 septembre 2023.

https://ffrsp.fr/2023/10/04/cahier-des-charges-des-centres-perinataux-de-proximite/

Maintien de la certification Qualiopi

Depuis novembre 2021, le Réseau Sécurité Naissance est certifié Qualiopi en tant qu'organisme de formation.

Cette certification valable jusqu'en novembre 2024, vient d'être confortée sans aucune réserve lors d'un audit de surveillance obligatoire.

Pour rappel, la certification QUALIOPI est une démarche qualité dont l'objectif est de garantir la qualité des formations dispensées par les organismes de formation.

Les critères évalués sont :

- La **clarté des informations** sur le contenu des formations proposées.
- Les **modalités de traitement** des inscriptions et d'accueil des apprenants.
- La **qualité des méthodes pédagogiques** et qualification des formateurs.
- Les **procédures d'amélioration continue** des formations proposées.

Qualiopi
processus certifié
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
La certification qualité a été délivrée au titre de la catégorie d'action suivante : ACTIONS DE FORMATION

Décembre 2023 - H. Baudouin - Ressources et crédits photos : Noun Project, Freepik, AdobeStock, Réseau Sécurité Naissance
Ce produit est issu de forêts gérées durablement et de sources contrôlées. / pefc-france.org

Suivez l'actualité du Réseau :

reseau-naissance.fr
Réseau Sécurité Naissance

Directeur de la publication :
Pr Cyril FLAMANT

Rédaction :
N. BANASZKIEWICZ, E. BOULVAIS, M. BRISSON, V. ROUGER, R. COLLIN, M. HERAULT, F. HERIAUD, G. LEDUC, L. RIVIER

Réseau Sécurité Naissance :
3 rue Marguerite Thibert - 44200 Nantes
Tél. : 02 40 48 55 81 - Fax : 02 40 12 40 72
coordination@reseau-naissance.fr

Ce bulletin est le vôtre !

Un avis, une enquête, une expérience, un ressentiment, une lecture... Envoyez vos propositions à la coordination.