



## La périnatalité sous haute tension !

**J'ai l'honneur depuis quelques mois de remplacer Philippe GILLARD comme Président du Réseau Sécurité Naissance et je voudrais souligner par ces premières lignes son implication sans faille au service du Réseau.**

Il m'est impossible ici de lister toutes les actions qu'il a pu mener mais je voudrais souligner combien Philippe a su accompagner la **croissance de l'équipe de coordination** dans son organisation, permettre le **développement des nouveaux projets**, tout en **valorisant le rôle politique** du Bureau. Nous avons besoin de son expérience comme vice-président pour continuer à faire du Réseau un véritable maillage de la périnatalité dans notre région et je le remercie au nom de vous tous pour les actions qu'il continuera à y mener.

Parmi les nombreux projets qui sont portés par le RSN, nous avons lancé fin 2022 un groupe de travail régional afin de réfléchir ensemble à l'offre de soins en périnatalité en Pays de la Loire. **Les 23 maternités de la région y ont répondu favorablement**, ce qui témoigne de l'intérêt suscité, mais aussi la préoccupation des équipes sur ce sujet. Le travail de réflexion a comporté un état des lieux avec les professionnels de santé, avec les directions et un temps de synthèse en présence de l'ARS.

**Trois axes ont été abordés** : les ressources humaines (RH), le capacitaire en lits et les transferts inter-établissements. Ils ont permis de montrer combien la situation est très préoccupante. Les difficultés RH concernent toutes les maternités et la quasi totalité des postes en périnatalité, en particulier

les médecins anesthésistes, obstétriciens, pédiatres et sage-femme. Il faut souligner ici les **coopérations entre établissements** et l'**implication des professionnels** pour faire face tant bien que mal à la situation.

Concernant le capacitaire, les maternités de la région déclarent être dotées d'un nombre suffisant de lits, à l'exception notable du CHU de Nantes dont la saturation quasi permanente conduit à des transferts médicalement injustifiés et à des refus de transfert in utero qui désorganisent le système de soins. Enfin, le 3<sup>e</sup> axe sur la régulation et les transports a souligné l'amélioration de la situation depuis la mise en place d'équipes de SMUR dédiées 24/7 sur les CHU mais a montré les limites d'une cellule d'orientation exclusivement diurne.

Nous sommes bien conscients que le RSN n'a pas les moyens de régler les difficultés actuelles mais **notre mission est de les faire remonter pour l'ensemble de la région à nos autorités de tutelle**. Merci une nouvelle fois à tous ceux qui ont permis ces échanges aussi riches que variés. Deux choses dont nous pouvons être finalement certains : d'abord que tout ne sera pas réglé aussi rapidement que nous le voudrions, mais ensuite qu'en parler a permis de renforcer une fois de plus les liens périnataux dans la région. **Et ça, c'est déjà un premier point positif !**

Bel été à chacun d'entre vous,

**Pr Cyril FLAMANT**  
Président du RSN

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.

Agenda 2023-2024 ..... 2

Les 26<sup>e</sup> Journées Scientifiques ..... 3

Satisfaction des Journées Scientifiques 2022 ..... 3

Naissances dans la région en 2022 : de nouveau en baisse ..... 4

Staff inter-maternités 2022 : messages à retenir ..... 6

Formation CMV et grossesse : *Take Home Message* ..... 8

Réseau « Grandir Ensemble » : évaluation du Médiatream ..... 10

Évaluation des connaissances des professionnels sur les conséquences d'une consommation d'alcool pendant la grossesse ..... 11

Information sur le groupe de travail « Offre de soins en périnatalité » ..... 15

Point sur les différents programmes proposés par le Réseau en simulation ..... 17

Nouveau protocole du Réseau : diagnostic et prise en charge de l'hypoglycémie du nouveau-né asymptomatique en maternité ..... 20

Les sages-femmes sont autorisées à prescrire de nouveaux vaccins ..... 23



## Agenda 2023-2024

### Commissions

- **Allaitement** : le 30 mai, après-midi.
- **Obstétriciens, groupe de travail prévention du suicide** : le 19 juin, après-midi.
- **Pédiatres** : le 27 juin, journée.
- **Psychologues de maternité** : le 4 juillet, matin.
- **Diagnostic anténatal** : le 15 septembre, après-midi.
- **IVG** : le 10 octobre, après-midi.
- **Sages-femmes** : le 16 octobre, après-midi.
- **Audition** : le 17 octobre, après-midi.
- **Parentalité / vulnérabilité** : le 19 octobre, après-midi.
- **Addictions** : le 9 novembre, après-midi.
- **T21** : le 17 novembre, après-midi.
- **Puéricultrices** : le 28 novembre, après-midi.
- **Cadres sages-femmes** : décembre 2023.
- **Anesthésistes** : le 22 janvier 2024.

Retrouvez toutes les dates sur notre site internet : [www.reseau-naissance.fr](http://www.reseau-naissance.fr), rubrique : « Agenda ».

## Les 26<sup>e</sup> Journées Scientifiques

**Les 26<sup>e</sup> Journées Scientifiques vous accueilleront à la Baule les 23 et 24 novembre 2023 !**

Au programme :

- Le dépistage néonatal, quoi de neuf en 2023 ?
- Dilemmes éthiques **en périnatalité**.
- Communiquer avec les parents en périnatalité : Pourquoi ? Comment ?
- Que signifie le « devoir d'information » pour une sage-femme ou un obstétricien ? Quelles informations, quelles responsabilités ?
- Quels changements dans la prise en charge de la **pré éclampsie non sévère** et de la **Cholestase** ?

• Table ronde 1 000 premiers jours :

- Quelles passerelles entre l'environnement et le génome du fœtus et du nouveau-né ?
- Pourquoi les 1 000 jours incluent la grossesse ?
- Liens d'attachement : pourquoi les professionnels de la périnatalité sont-ils tous concernés ?

• Soins centrés sur l'enfant et sa famille « **zéro séparation** » : un modèle applicable en France ?

Programme détaillé et inscription via notre site internet, rubrique « Journées de formation » :

[www.reseau-naissance.fr](http://www.reseau-naissance.fr)

## Satisfaction des Journées Scientifiques 2022

**Vous avez été plus de 200 professionnels à participer aux Journées Scientifiques 2022 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 2023 !

### Organisation générale

Items	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Accueil et organisation générale	97	3	-	-
Le lieu	96	4	-	-
Les repas	82	16	2	-
Satisfaction globale	66	34	-	-

### Atteinte des objectifs

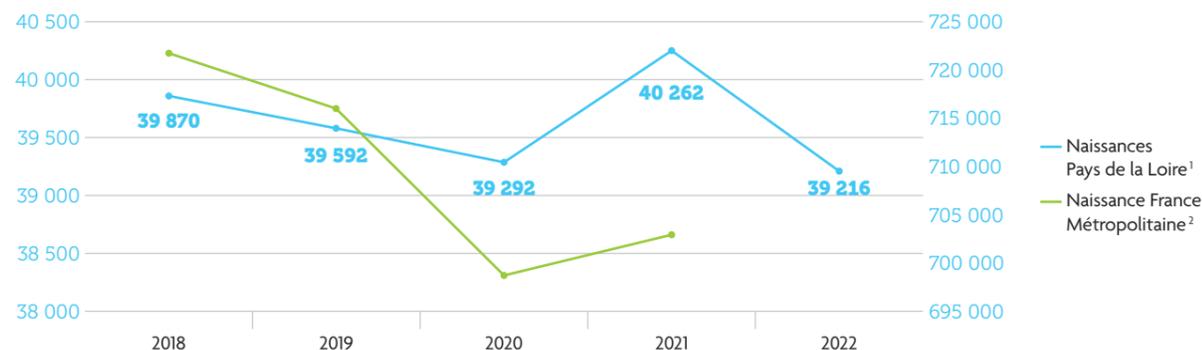
Items	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Mettre à jour les connaissances professionnelles à partir des recommandations des sociétés savantes	76	23	1	-
Échanger autour des pratiques et du rôle de chacun des membres de l'équipe soignante	72	25	3	-
Renforcer les connaissances théoriques et diffuser les recommandations de bonnes pratiques	72	25	3	-

# Naissances dans la région en 2022 : de nouveau en baisse

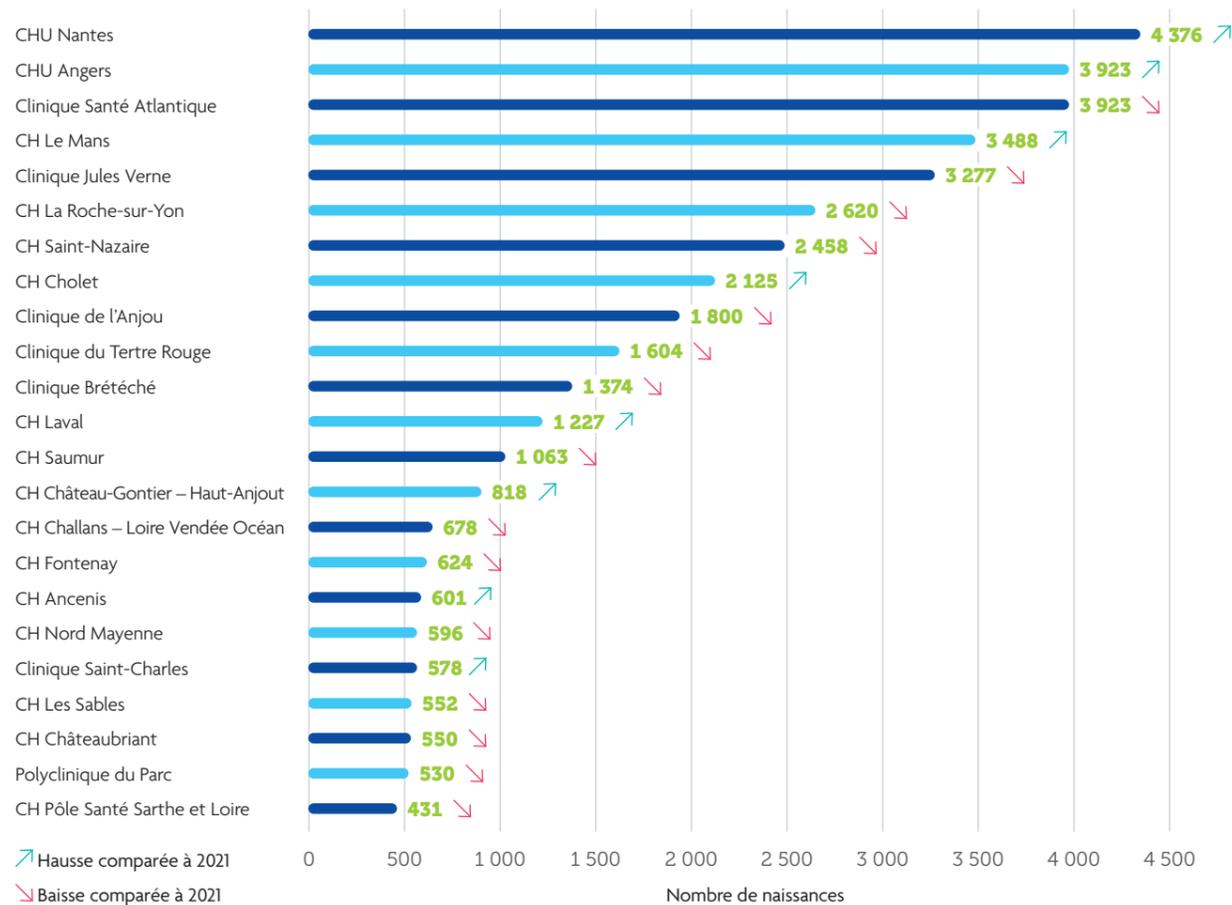
En France, tout comme en Pays de la Loire, on observe une **diminution constante des naissances depuis 2015** due à la baisse de la fécondité et à la diminution du nombre de femmes en âge de procréer.

En 2021, une **augmentation des naissances** a été observée, surtout à partir d'avril 2020, marquant une **reprise progressive des projets de parentalité** en sortie du premier confinement.

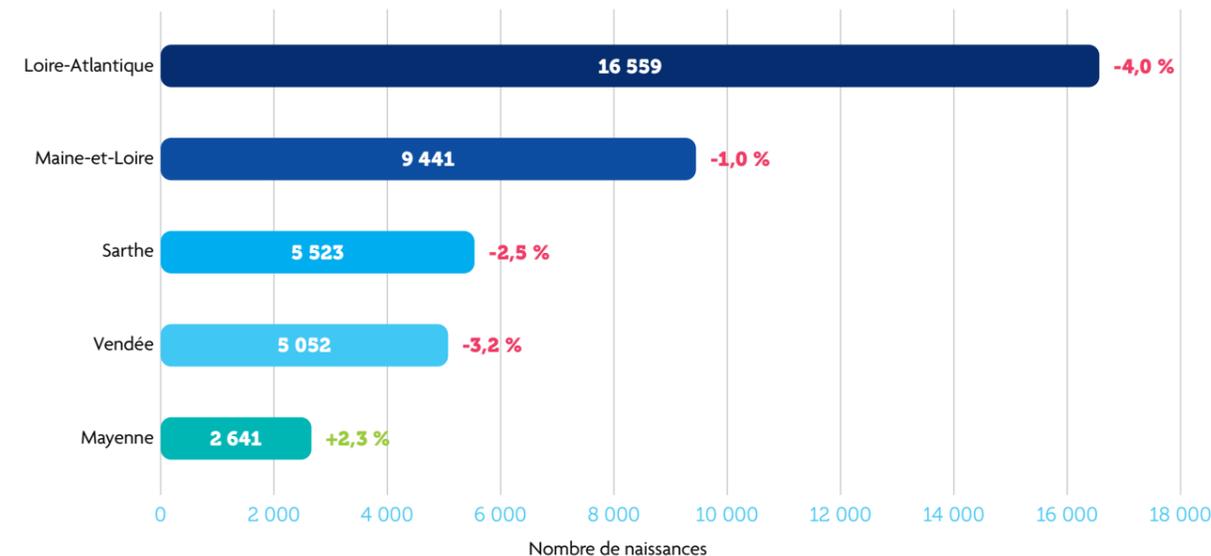
Évolution du nombre total des naissances



Naissances totales par maternité en Pays de la Loire en 2022<sup>1</sup>



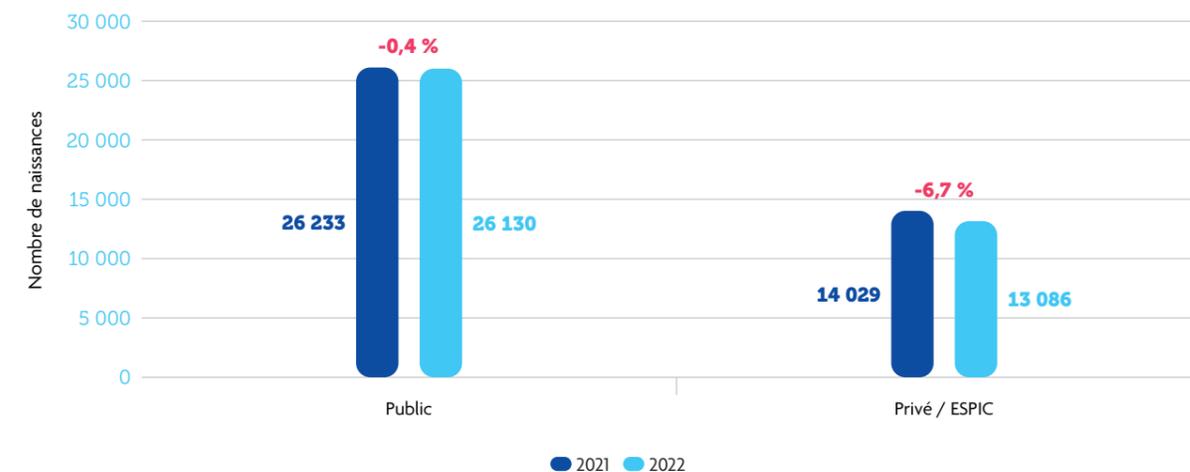
Répartition des naissances totales par département<sup>1</sup>



Répartition des naissances totales par type de maternité<sup>1</sup>



Répartition des naissances totales par statut de maternité<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Source : déclaration des maternités. <sup>2</sup> Source : PMSI-ATIH.

# Staff inter-maternités 2022 : messages à retenir

## Obstétrique

### IVG entre 14 et 16 SA

Extraits des recommandations REVHO (Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie) :

[www.revho.fr/wp-content/uploads/2022/05/IVG-par-methode-instrumentale-entre-14-et-16-SA-Conseils-techniques-V8.pdf](http://www.revho.fr/wp-content/uploads/2022/05/IVG-par-methode-instrumentale-entre-14-et-16-SA-Conseils-techniques-V8.pdf)

Jusqu'à 15 SA, il est parfois possible de réaliser l'avortement uniquement par aspiration, technique de référence pour les IVG à 14 SA.

Cependant, **entre 14 et 16 SA**, il est nécessaire de maîtriser la technique dite de « **Dilatation-Évacuation** » (D&E) :

#### ● Bonne préparation cervicale : associer mifépristone et misoprostol.

- Mifépristone 200 mg 36h à 48h avant. Si possible, ne pas réduire le délai.
- Misoprostol 400 microgrammes (Misoone® 1cp ou Gymyso® 2cp) 2-3h avant le geste, par voie jugale ou per os.

Contrairement aux termes de grossesse plus jeunes où le misoprostol peut être donné ½ heure avant le geste, le délai de 2h d'action est nécessaire. Ne pas oublier les antalgiques (Ibuprofène 600 mg + Néfopam 40 mg + Paracétamol 1 gr) ½ heure avant le misoprostol. Surveiller l'apparition de CU.

● **Dilatation du col suffisante** : la procédure de D&E ne doit pas être effectuée si le col n'est pas suffisamment préparé. La dilatation doit être suffisante pour permettre une insertion aisée des instruments et pour extraire les tissus sans rencontrer de résistance importante. Le degré de dilatation requis augmente avec l'âge gestationnel. Une dilatation insuffisante est source de prolongation excessive du geste et augmente le risque hémorragique.

● **Échoguidage et geste d'évacuation de l'utérus sous Syntocinon®** : vider la vessie si elle est pleine. Commencer par une aspiration intra-utérine (prendre la plus grosse canule disponible) et aspirer le liquide amniotique. Demander l'injection de 5 UI de Syntocinon® en IVL, qui peut être poursuivie par 10 UI dans une poche de 250 ml durant toute la procédure. Extraire le trophoblaste s'il se présente à l'orifice externe par traction douce. Réaliser la procédure de D&E sous **contrôle échographique** à l'aide d'une pince de Mc Clintok 24 cm (ne pas utiliser de pince à faux germes). Introduire la pince **sous contrôle écho**. Terminer le geste par une aspiration qui s'assure de l'absence de tissus résiduels. Faire une **échographie finale de vacuité**.

Rédaction S. Gaudu et P. Faucher : Références : LOI no 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement Dilatation & Évacuation : Reference Guide IPAS 2018 Antibioprophylaxie dans l'IVG - recommandations conjointes CNGOF, SFAR, SPLIF ; janvier 2020 Faucher P.

### Accouchement avec extraction instrumentale<sup>3</sup>

Lors d'une extraction instrumentale, le niveau d'engagement de la présentation doit être noté sur le dossier médical. **Pour le diagnostic d'engagement, le toucher vaginal est subjectif** et il existe une grande variabilité inter et intra examinateur.

Possibilité de réaliser une **échographie d'engagement**. Dans ce cas, le cliché est à joindre au dossier médical. Cette échographie ne figure pas comme nécessaire mais le geste fait en routine permet une objectivité, une traçabilité et une meilleure adéquation entre le TV et la réalité de la hauteur de la présentation, qui peut aider à la décision.

Cette échographie d'engagement est à utiliser en complément du diagnostic de présentation : variété antérieure ou postérieure (en suivant le rachis, visualisation ou non des orbites).

La technique la plus simple et la plus répandue est l'**échographie transpérinéale** :

● Parturiente en **position de supination (position gynécologique)**, vessie vide.

● **Sonde abdominale** (protégée) **posée** sans pression (pour ne pas déformer les structures et les espaces à mesurer) **horizontalement sur l'espace ano-vulvaire** (sans effraction des voies génitales). Après obtention d'une **coupe transversale**, mesurer la **distance périnée** (début insonation) – **présentation fœtale** (limite externe osseuse hyperéchogène du crâne fœtal pour s'affranchir du piège de la bosse séro-sanguine) :

- Si distance > 60 mm, la tête n'est pas engagée.
- **Si distance ≤ 60 mm, la tête est engagée.**
- A +/- 50 mm, la tête est engagée partie haute.
- A +/- 40 mm, la tête est engagée à partie moyenne.
- A +/- 20 mm, la tête est engagée partie basse.

<sup>3</sup> Source : Pr D. RIETHMULLER, Journal de Gynécologie Obstétrique (octobre 2009) et Pr L. SALOMON sur le même sujet (accessible sur le site du CFEF).



## Néonatalogie

### Traçabilité de la réanimation néonatale

La réanimation néonatale en salle de naissance doit être tracée sur le dossier médical de manière la plus détaillée possible.

**Pour tracer la réanimation, 2 possibilités :**

- Utiliser une feuille de traçabilité propre à l'établissement, en vérifiant bien que l'ensemble des critères à noter y figurent.
- Utiliser la feuille de traçabilité proposée par le RSN « **Réanimation néonatale à la naissance** » mise à jour en septembre 2021 et disponible sur le site internet du RSN.

Pour consulter ou télécharger la feuille de traçabilité [Réanimation néonatale à la naissance](http://www.reseau-naissance.fr/systeme/base-documentaire/?categorie=76&commune=4905&annee=-1) :

[www.reseau-naissance.fr/systeme/base-documentaire/?categorie=76&commune=4905&annee=-1](http://www.reseau-naissance.fr/systeme/base-documentaire/?categorie=76&commune=4905&annee=-1)

### Réanimation du nouveau-né en salle de naissance : réglages initiaux recommandés pour débiter la ventilation

Le groupe d'expert de la société française de néonatalogie a colligé les recommandations internationales (ILCOR 2020) et celle du conseil européen (ERC 2021) en s'attachant à les « adapter » au système de soin français et à permettre une harmonisation nationale :

- **PIP** (Pression Inspiratoire) : débiter à **25 cm H<sub>2</sub>O**. Possibilité d'augmenter rapidement jusque 30-35 cm H<sub>2</sub>O pour obtenir un soulèvement du thorax.  
Cas particulier du nouveau-né < 28 SA : débiter à 20 cm H<sub>2</sub>O. Possibilité d'augmenter rapidement jusque 25 cm H<sub>2</sub>O pour obtenir un soulèvement du thorax.  
Dans les deux cas, poursuivre avec la plus petite pression permettant le soulèvement du thorax.
- La **PEP** (Pression Expiratoire) initiale est recommandée à **5 cm H<sub>2</sub>O**.
- **FiO<sub>2</sub>** : si le nouveau-né ≥ 32 SA, débiter à **21 %** ; si le nouveau-né < 28 SA, débiter à **30 %**.  
Entre les 28 et 32 SA : pas d'étude valide permettant des recommandations fermes, mais FiO<sub>2</sub> à débiter entre **21 % et 30 %**.

# Formation CMV et grossesse : Take Home Message

**Le dépistage systématique du CMV chez toutes les femmes enceintes n'est pas encore d'actualité, malgré des controverses issues de différentes sociétés savantes.**

Cependant, l'infection maternofoetale à CMV est une **problématique potentiellement grave** et une **préoccupation de santé publique**. La sensibilisation des patientes et des professionnels de la périnatalité s'impose, avec **discernement et bienveillance** envers les patientes.

La séroconversion au CMV en cours de grossesse est à risque de décès néonatal, de séquelles neurologiques ou de déficit auditif pour le nouveau-né. C'est un motif de demande d'interruption médicale de grossesse (IMG).

Le taux de transmission le plus élevé est observé au **3<sup>e</sup> trimestre (40 à 75 %)**.

Les complications foetales et néonatales les plus graves sont observées (quasi exclusivement) en cas de séroconversion du 1<sup>er</sup> trimestre (taux de transmission **20 à 35 %**). C'est uniquement sur cette période que doit porter l'attention des professionnels et des patients.

L'idée ancienne que les patientes « immunisées » au préalable par le CMV sont à considérer comme sans inquiétude, est caduque et doit être reconsidérée. Les risques de séquelles de l'infection congénitale à CMV peuvent concerner une infection maternelle non primaire. Les données restent cependant moins connues.

C'est le contact du CMV avec le fœtus au T1 qui est potentiellement grave. Que ce soit lors d'une séroconversion ou lors d'une réinfection ou d'une réactivation ou tout simplement après une période de latence longue du virus. **L'infection est possiblement aussi dangereuse pour le futur bébé.**



## MESSAGE : IMPORTANCE DES MESURES BARRIÈRE DE PRÉVENTION, QUEL QUE SOIT LE STATUT SÉROLOGIQUE DES FEMMES.

Les sociétés savantes se prononcent pour :

- **Sensibiliser la population** en pré conceptionnel et dès la première consultation de grossesse.
- **S'assurer de la réelle efficacité du dépistage systématique** de la surdité à la naissance sur tout le territoire. **Assurer un suivi rigoureux** à la sortie de la maternité. **Informers les parents** des possibilités et des modalités thérapeutiques des surdités dépistées précocement.
- **Mettre en vigueur des actions de prévention** de l'infection CMV dans les **crèches** et dans les **  tablissements dédiés aux enfants de moins de 3 ans**.
- Il semble qu'il n'y a pas d'intérêt de proposer la sérologie en systématique après le 1<sup>er</sup> trimestre ni de renouvellement de la sérologie si immunité ancienne (ne permet pas de dépister les réinfections).

## AU TOTAL :

- **Réaliser la sérologie CMV au T1** : le plus tôt possible, dès la première consultation de grossesse.
- Si sérologie CMV négative : gravité potentielle de la séroconversion pour le fœtus chez les femmes séronégatives. La renouveler 1 à 2 fois (environ toutes les 4 semaines) jusqu'à maximum 15/17 SA (incertitude de cette borne supérieure) et pas au-delà. Les mesures barrière permettent une réduction significative des séroconversions maternelles des femmes séronégatives. Pas de dépistage systématique tardif, au-delà du T1, sauf sur signes d'appel bien sûr.
- Si sérologie indiquant une immunité « ancienne » : ne pas la renouveler mais conseiller le respect des mesures barrières au T1. Une immunité « ancienne » ne protège pas compl  tement le fœtus d'une réinfection ou d'une réactivation ou d'une période de latence longue du CMV (même si les données sont moins connues).
- Efficacité des mesures barrière (si l'information est loyale, et avec l'adhésion de la patiente) quel que soit le statut sérologique de la mère (séronégatives ou immunité « ancienne »). Mesures barrière à maintenir tout au long du T1, idéalement pour les 2 parents (contamination possible au sein du couple).
- En cas de séroconversion au T1 : lien rapide **obligatoire** avec le CPDPN local, pour proposer le Valacyclovir sans tarder et diminuer le risque de la transmission materno-foetale (Valacyclovir à forte dose). Prévoir la consultation de synthèse au CPDPN.

## CMV : 3 LETTRES POUR UN VIRUS QUI INQUIÈTE DE NOMBREUX PARENTS PENDANT LA GROSSESSE



LE CMV (CYTOMEGALOVIRUS) EST LE VIRUS QUI CAUSE LE PLUS GRAND NOMBRE D'INFECTIONS TRANSMISES DE LA MÈRE    SON FUTUR BÉBÉ. LA CONTAMINATION SE FAIT PAR CONTACT AVEC LES SÉCRÉTIONS CORPORELLES CONTENANT CE VIRUS: SALIVE, URINE, SÉCRÉTIONS NASALES OU ÉMISES LORS DE LA TOUX...  
LE PLUS SOUVENT, L'INFECTION EST TRANSMISE    LA FUTURE MAMAN PAR UN ENFANT DE MOINS DE 4 ANS ET PASSE INAPERÇUE (OU PROVOQUE JUSTE UN RHUME OU UN PETIT SYNDROME GRIPPAL)  
TOUTES LES FEMMES ENCEINTES, AU CONTACT DE JEUNES ENFANTS POUR LEUR TRAVAIL (CRÈCHES, MATERNELLES ...) OU    LA MAISON, PEUVENT ÊTRE EXPOSÉES. ET PLUS PARTICULIÈREMENT LES FUTURES MAMANS QUI N'ONT JAMAIS   T   EN CONTACT AVEC LE CMV (SÉRONÉGATIVES).  
L'INFECTION    CMV EST POTENTIELLEMENT    HAUTS RISQUES POUR LE FŒTUS DURANT LE PREMIER TRIMESTRE DE GROSSESSE.

LE RESPECT DE MESURES D'HYGIÈNE PERMET DE PRÉVENIR LE RISQUE DE CONTAMINATION PENDANT LA GROSSESSE. LA PRÉVENTION PAR L'HYGIÈNE DOIT ÊTRE SYSTÉMATIQUE, QUEL QUE SOIT LE RÉSULTAT DE LA SÉROLOGIE CMV.

ÉVITER LE CONTACT AVEC LA SALIVE : NE PAS PARTAGER CUILLÈRE OU ALIMENT. NE PAS GOUTER OU FINIR L'ASSIETTE. NE PAS SUCER LA TÉTINE

ÉVITER LE CONTACT AVEC LES LARMES : NE PAS EMBRASSER LA JOUE D'UN ENFANT QUI PLEURE. ON PEUT PAR CONTRE LE PRENDRE DANS SES BRAS, LUI FAIRE UN CÂLIN ET L'EMBRASSER SUR LES ZONES « SANS LARMES » (FRONT, SOMMET DU CRÂNE...) NE PAS EMBRASSER UN ENFANT SUR LA BOUCHE

AU MOMENT DU CHANGE : ÉVITER LE CONTACT AVEC L'URINE. SI POSSIBLE PORTER UN MASQUE. BIEN SE LAVER LES MAINS APRÈS LE CHANGE.

ÉVITER LE CONTACT AVEC LES SÉCRÉTIONS NASALES : SI ASPIRATION NÉCESSAIRE : ASPIRER LES SÉCRÉTIONS AVEC PRÉCAUTIONS OU UTILISER UN MOUCHOIR EN PAPIER (LE JETER). BIEN SE LAVER LES MAINS APRÈS.

LA SURVIE DU VIRUS SUR LES SURFACES (JOUETS, LINGE MOUILLÉ, ALIMENTS SECS ...) PEUT ÊTRE DE 6H. LAVER LES JOUETS RÉGULIÈREMENT, SURTOUT SI VOTRE JEUNE ENFANT EST MALADE.

LE CONJOINT DOIT AUSSI ÊTRE INFORMÉ ET RESPECTER CES MESURES BARRIÈRES (TRANSMISSION DU VIRUS ENTRE CONJOINTS, LORS D'UN RAPPORT SEXUEL PAR EXEMPLE)

DES QUESTIONS? N'H  SIT  Z PAS    EN PARLER AVEC UN MÉDECIN OU UNE SAGE-FEMME

DATE DE RÉDACTION : AVRIL 2023  
N.WINER ET R.COLLIN



Une fiche de conseils a été élaborée. Elle reprend les informations principales sur le CMV pendant la grossesse et les mesures barrières à respecter. **Elle est à remettre aux parents après information du professionnel qui suit la grossesse.**

Pour consulter ou télécharger la fiche CMV info parents :

[www.reseau-naissance.fr/systeme/base-documentaire/?commune=4588](http://www.reseau-naissance.fr/systeme/base-documentaire/?commune=4588)

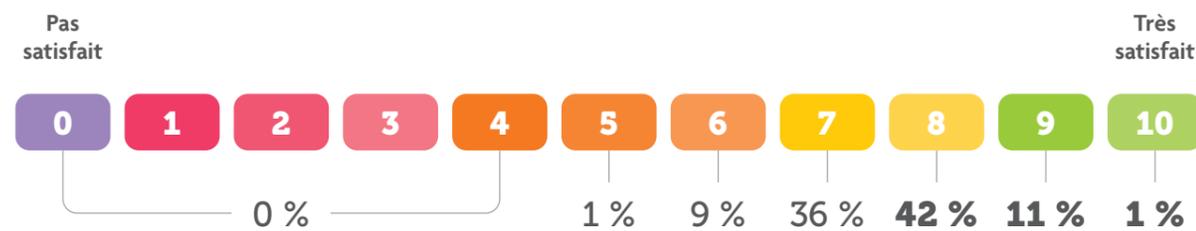
# Réseau « Grandir Ensemble » : évaluation du Médiatteam

Le réseau « Grandir Ensemble » depuis sa création en 2003 a fait le choix de colliger l'ensemble des données issues des consultations des médecins « référent ». Ce choix permet de répondre à plusieurs objectifs : évaluer la politique périnatale, avoir des données pour valider la pertinence des outils utilisés,...

En 2013, le réseau a ouvert la base aux médecins qui ont pu alors saisir directement leurs évaluations en ligne. L'outil a également été développé pour permettre un soutien logistique au suivi de cohorte (relances et envois de courriers automatiques), essentiel au maintien d'un taux de suivi élevé au fil du temps.

Après 16 ans de collaboration avec un premier prestataire informatique, la base de données étant devenue obsolète, un travail de refonte a été initié en collaboration avec la société Médialis qui a récemment rejoint le groupe Berger Levraut et un nouvel outil métier (le Médiatteam) a vu le jour en 2019. Après 3 ans de fonctionnement, une enquête a été menée pour évaluer l'utilisation du Médiatteam par les médecins « référents » du réseau.

À ce jour, les médecins du réseau sont au nombre de 235 sur l'ensemble de la région, 83 % d'entre eux utilisent le Médiatteam au quotidien dans leur consultation. Le questionnaire a été rempli par 54 % de ces professionnels. Nous leur avons demandé dans un premier temps d'évaluer l'accès à l'outil : 69 % le trouvent plutôt facile. De plus, 93 % des répondants sont satisfaits de son fonctionnement global et 71 % trouvent l'appropriation et la navigation au sein de l'outil plutôt facile.



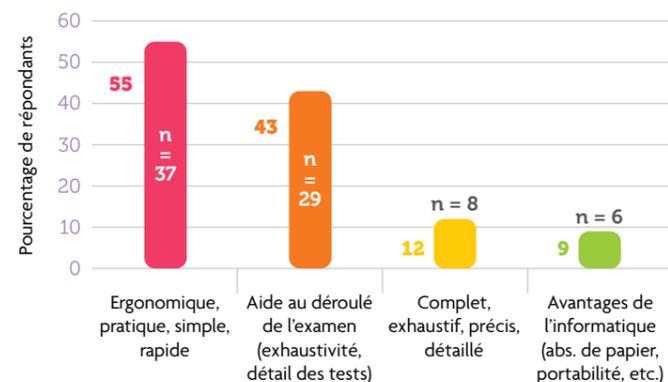
Les répondants devaient attribuer à l'outil une note de satisfaction sur 10. Une moyenne de 7,6 a été obtenue. Huit répondants sur 10 ont attribué une note supérieure ou égale à 7 et aucune note n'était inférieure à 5.

Strictement supérieure à 7 :  
**53/98 (54 %)**

Lors de la refonte de l'outil, un des points de vigilance a été de développer un dispositif facilitant pour le professionnel dans l'objectif d'amener un maximum de médecins référents à la saisie en ligne et surtout de les fidéliser. Dans le questionnaire, nous avons donc essayé de savoir si le Médiatteam les aidait dans la réalisation de leur consultation : 98 % des répondants sont plutôt d'accord sur le fait qu'ils sont aidés au quotidien.

Nous avons ensuite demandé aux médecins si des points positifs pouvaient être relevés : 55 % apprécient son côté ergonomique, rapide, simple et pratique. 43 % le trouvent aidant pour le déroulé de l'examen du fait du détail des tests à réaliser et de l'exhaustivité de son contenu. Enfin 12 % ont évoqué son côté complet, précis et détaillé.

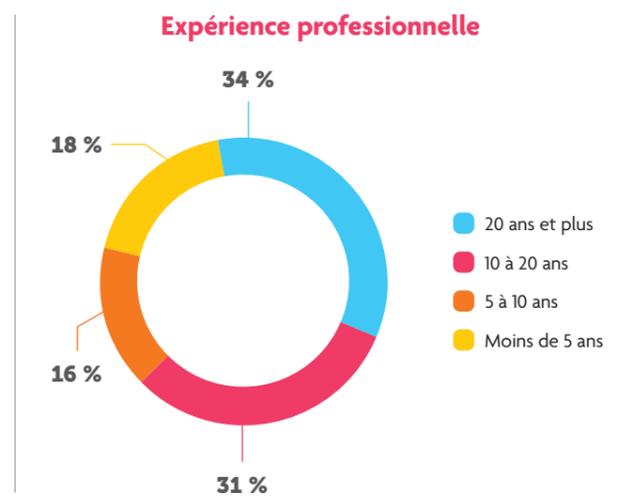
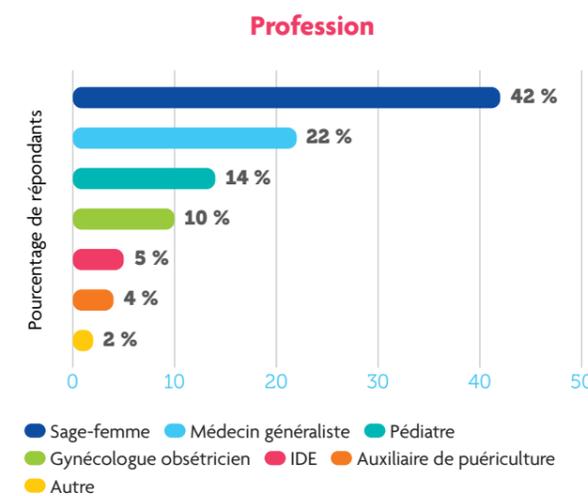
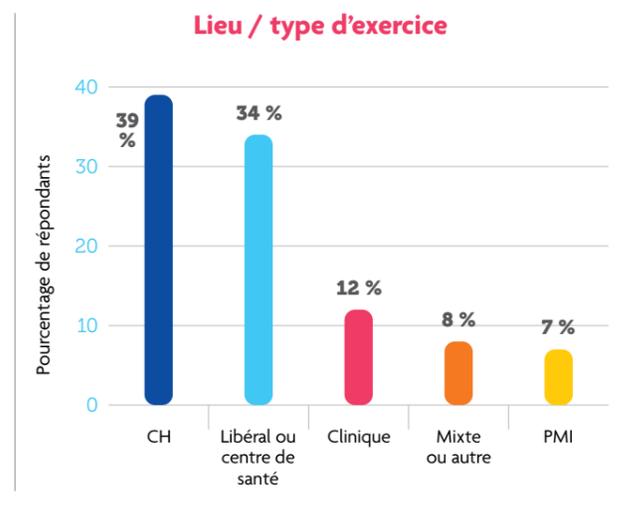
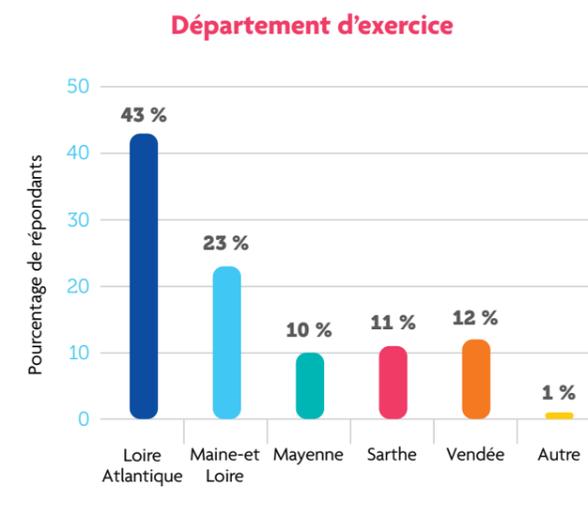
Les répondants ont enfin relevé des points d'amélioration à apporter qui tournent essentiellement autour du temps d'enregistrement qu'ils estiment un peu long pour l'instant. Nous espérons à l'avenir pouvoir réduire ce délai, un travail étant réalisé chaque année avec le prestataire pour améliorer les performances de l'outil et y apporter des nouvelles fonctionnalités.



# Évaluation des connaissances des professionnels sur les conséquences d'une consommation d'alcool pendant la grossesse

En novembre 2022, le Réseau Sécurité Naissance a lancé une enquête destinée aux professionnels de santé de la périnatalité pour évaluer leurs connaissances sur les conséquences des consommations d'alcool pendant la grossesse. Cette enquête, mise en place sous l'impulsion de la commission addiction, se présentait sous la forme d'un questionnaire anonyme et accessible en ligne.

## Description des répondants (n = 286)



**37 %** des répondants sont initiés à au moins un principe de communication (RPIB ou entretien motivationnel).

**28 %** ont suivi une formation sur les addictions ou la dépendance, le plus souvent non diplômante (88 %) et de moins de 2 jours (71 %).

## Connaissances générales sur la consommation d'alcool pendant la grossesse

Les connaissances générales sur la consommation d'alcool pendant la grossesse sont globalement très bonnes : un seul répondant dit ne pas connaître le logo apposé sur les bouteilles d'alcool, et un seul également (une personne différente) considère qu'une consommation occasionnelle d'alcool pendant la grossesse est conforme aux recommandations.

L'application concrète de ces connaissances est légèrement plus faible : **92 %** des répondants considèrent toute consommation d'alcool pendant la grossesse comme à risque pour le bébé, et **7** d'entre eux considèrent malgré cela le cidre ou la bière comme moins à risque que d'autres alcools (**8** au total).

Pour **85 %** des répondants, certaines patientes sont plus à risque de consommer de l'alcool pendant la grossesse. Certaines caractéristiques sont bien identifiées, comme la présence d'addictions (pour **72 %**), de vulnérabilités au sens large (violences, précarité, jeune âge, etc., pour **53 %**) ou de fragilités psychologiques (pour **19 %**). Toutefois, selon le Baromètre santé 2017, les femmes les plus âgées (> 35 ans) et celles ayant un diplôme élevé ont significativement plus de consommations à risque et sont pourtant très peu citées (par respectivement 3 et 6 répondants seulement).



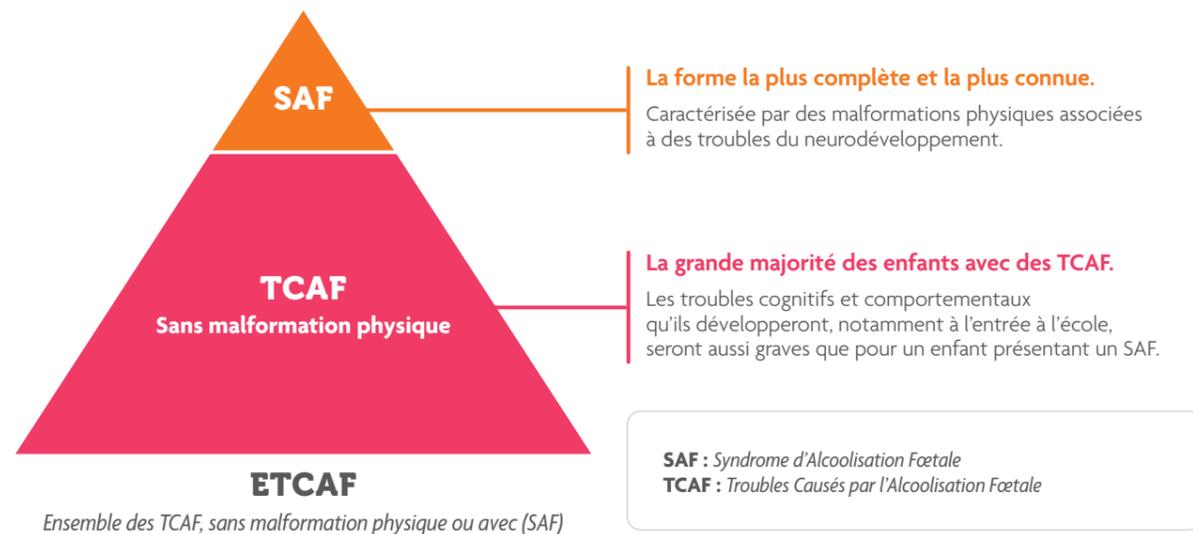
## Connaissances sur le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF)

L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) représente la 1<sup>re</sup> maladie neurodéveloppementale non génétique **évitabile**, mais **21 %** des répondants au moins l'ignorent. Presque tous ont déjà entendu parler du SAF (**99 %**), mais seulement **19 %** disent connaître la différence entre SAF et ETCAF (n = 55) (définitions ci-dessous).

**Le lien entre la consommation d'alcool pendant la grossesse et le risque de SAF est complexe** : une seule alcoolisation ponctuelle importante (API) en tout début de grossesse peut conduire à un SAF, tout comme une consommation régulière pendant la grossesse, même si ce ne sera pas systématiquement le cas pour l'un comme pour l'autre. Ainsi, toute consommation d'alcool doit être considérée comme potentiellement dangereuse, **quel que soit le mode de consommation**. Les effets pendant la grossesse dépendent de plusieurs facteurs comme les sensibilités maternelle et fœtale, l'âge de la grossesse, les habitudes de consommation, etc.

Pour autant, la toxicité est mieux connue de nos répondants pour ce qui concerne la consommation régulière (**88 %**) que pour une API en début de grossesse (**65 %**).

### Définitions SAF / ETCAF



## Questions spécifiques aux professionnels assurant des suivis de grossesse (213 répondants)

La consommation d'alcool n'est pas abordée de manière systématique : seulement **75 %** des répondants assurant des suivis de grossesse disent rechercher **systématiquement** la consommation d'alcool pendant la grossesse, même s'ils ne sont que 6 à le faire jamais ou rarement (cf. figure 1). Pourtant, 9 répondants sur 10 disent être à l'aise pour aborder le sujet avec leurs patientes, la principale difficulté annoncée étant celle liée à la **manière d'amorcer la discussion** sans se montrer stigmatisant ou culpabilisant.

Les répondants sont très peu à utiliser un questionnaire adapté pour leur évaluation (n = 11,5 %), alors que des outils existent (ex : auto-questionnaire GEGA, utilisé par 5 répondants seulement).



FIGURE 1  
Fréquence d'évaluation de la consommation d'alcool pendant les consultations de suivis de grossesse (n = 210)

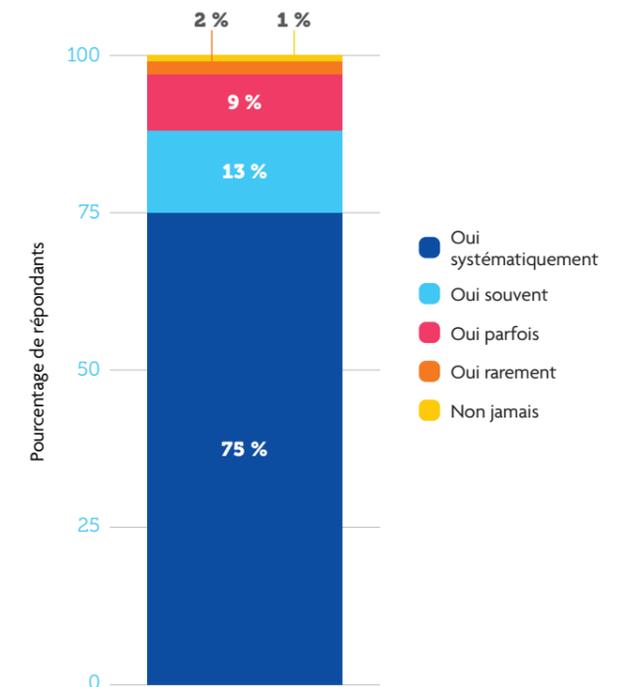
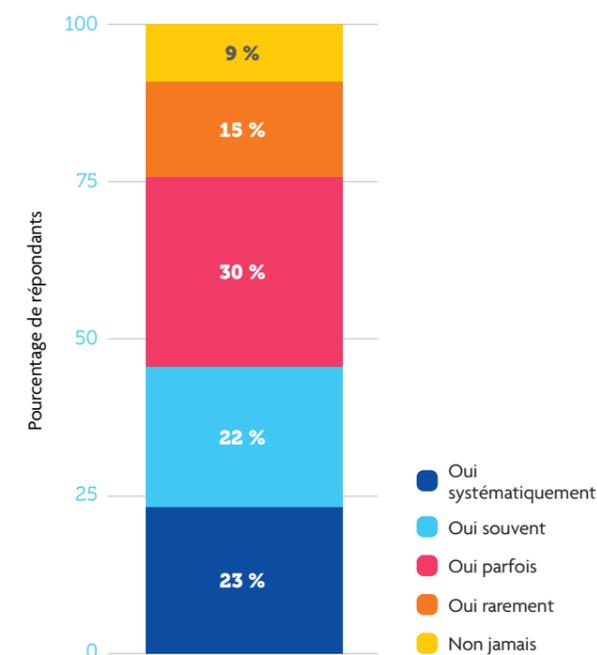


FIGURE 2  
Fréquence d'information sur les conséquences de la consommation d'alcool pendant les consultations de suivis de grossesse (n = 207)



De plus, seulement **23 %** des répondants informent systématiquement les femmes enceintes des conséquences possibles de la consommation d'alcool pour l'enfant à naître, et **22 %** le font souvent (cf. figure 2).

Parmi les 44 répondants qui ne le font que rarement ou jamais, les principales raisons évoquées sont le fait de considérer que sa patientèle n'est pas concernée (n = 17) et le fait qu'aucune consommation n'est connue préalablement (n = 11) (cf. figure 3 p. 14).

Cette absence d'approche systématique, tant dans la recherche de consommation que dans l'information donnée, est d'autant plus problématique que certains biais amènent à tort à considérer des patientes comme peu à risque (cf. patientes considérées à risque évoquées préalablement).

FIGURE 3  
**Raisons évoquées pour expliquer le fait de n'informer que rarement ou jamais ses patientes sur les conséquences possibles de la consommation d'alcool pendant la grossesse**  
 (n = 44 - plusieurs réponses possibles pour un même participant)

Raisons évoquées	Nombre de répondant
Considère que sa patientèle n'est pas concernée	17
Seulement si la consommation est déjà connue	11
N'a pas le temps	4
Considère que sa patientèle est déjà bien informée	3
Considère que les risques sont hypothétiques	2
N'y pense pas	3
Seulement si le contexte s'y prête	2
Non concernée (consultations en urgence, etc.)	2
Trouve ce sujet non motivant pour la patiente	1
Considère que ce n'est pas opportun	1
Manque d'information pour le faire	1
Trouve ce sujet anxiogène	2
Ne s'attarde pas sur le sujet	1
Trouve ce sujet difficile	1



#### Quelques axes de travail identifiés

Un quart des répondants assurant des suivis de grossesse utilise l'un des principes de communication de type RPIB / entretien motivationnel, et la principale raison évoquée de non-utilisation en est le manque de connaissance de ces outils (85 %). De plus, près de 9 répondants sur 10 sont intéressés par une formation sur la communication « Alcool et grossesse ».

Parmi les 159 répondants ne donnant aucune brochure d'information sur la consommation d'alcool pendant la grossesse (76 %), près de la moitié dit ne pas en disposer. Pourtant, une telle brochure a été éditée via le RSN « La grossesse, le bébé et les consommations à risque », mais seulement 35 % des répondants déclarent connaître l'existence de cette brochure.

Enfin, presque la totalité des répondants déclare être intéressé par la réalisation d'un protocole sur l'alcool et la grossesse (98 %), en premier lieu sur le repérage, l'orientation et la PEC d'une femme enceinte consommatrice (90 %), suivi d'un référentiel global (63 %) et d'un protocole sur les situations d'alcoolisations aiguë (57 %).

## Information sur le groupe de travail « Offre de soins en périnatalité »

**Le Réseau Sécurité Naissance a été sollicité dès l'été 2022 pour participer à des réunions organisées par les directions territoriales de l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans un contexte de difficultés de fonctionnement de certaines maternités de la région.**

Ces différentes réunions, et le constat préoccupant de difficultés récurrentes de fonctionnement, notamment par défaut de ressources humaines, ont laissé penser au Bureau du Réseau qu'un état des lieux précis et exhaustif des problèmes rencontrés par les 23 maternités (et les services de néonatalogie) de la région était nécessaire. Le Réseau a été soutenu dans sa démarche par l'ARS.

L'objectif était pluriel :

- Avoir une meilleure vision des difficultés à l'échelle régionale.
- **Connaître les différentes stratégies mises en place** (ou envisagées) par les établissements pour faire face à ces difficultés.
- **Proposer un espace de partage** entre professionnels et le Réseau Sécurité Naissance.
- **Envisager des pistes de solutions** et s'inspirer des expériences des autres le cas échéant.
- Enfin, **faire remonter cet état des lieux** à l'Agence Régionale de Santé, **témoignant de la réalité de terrain.**

Deux rencontres ont été organisées, l'une destinée aux professionnels de santé (3 représentants par établissement : gynéco-obstétricien, pédiatre, cadre sage-femme ou puéricultrice), l'autre aux directeurs d'établissement.

Les temps d'échanges ont été structurés selon trois axes : la **gestion des lits** et les **problématiques capacitaires**, les **difficultés en ressources humaines**, le **fonctionnement de la cellule d'orientation des transferts in utero**.

L'adhésion des établissements a été massive puisque 22 établissements sur 23 ont été représentés.

Sur le plan capacitaire :

- **En obstétrique** : le dimensionnement des maternités est adapté au niveau d'activité pour 21 maternités sur 23. Seuls deux établissements rencontrent des difficultés récurrentes de place, le CH du Mans de façon épisodique, le CHU de Nantes de façon chronique. Certaines maternités de la région indiquent qu'elles pourraient augmenter leur activité.
- **En néonatalogie** : le CHU de Nantes est le plus en difficultés. Le CH du Mans a rencontré une augmentation en 2022 de ses périodes de saturation mais toujours ponctuelles malgré tout. La saturation chronique du service de médecine et réanimation néonatales du CHU de Nantes met en difficultés l'ensemble des maternités partenaires, au-delà du seul département de la Loire-Atlantique :
  - Les types 2 de Loire-Atlantique et de Vendée se retrouvent eux-mêmes saturés et contraints de garder dans leur service des enfants qui relèveraient d'un type 3.
  - Par effet domino, les maternités de type 1 et 2 doivent maintenir en suites de couches des nouveau-nés qui relèveraient d'unité Kangourou ou de Néonatalogie.



Que ce soit en obstétrique ou en néonatalogie, les professionnels constatent une **augmentation des situations médico-psycho-sociales** qui favorisent les problématiques de place car induisent des durées de séjour très longues.

Face à ces difficultés, les professionnels ont souligné la **solidarité des acteurs** et l'**entraide entre établissement** avec la multiplication de transferts ou re transferts inter établissement et le rôle de la cellule d'orientation pour l'organisation de transferts hors région.

Concernant la cellule d'orientation des transferts in utero, les professionnels ont plébiscité l'intérêt de ce dispositif. Ils ont mis en avant que son amplitude de fonctionnement actuel n'était pas suffisante et ont milité pour une ouverture 24h/24, 7j/7. Les professionnels ont aussi souhaité que la cellule se munisse de moyens techniques modernes permettant la mise en relation du médecin adresseur, du médecin receveur et du médecin du SAMU si il y a lieu avec enregistrement des conversations.

Sur le plan des ressources humaines, la situation est plus inquiétante : 21 maternités sur 23 décrivent des difficultés de fonctionnement liées à un manque de ressources humaines. Toutes les catégories professionnelles sont touchées (médecins, sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture et infirmiers anesthésiste) dans des proportions différentes selon l'établissement.

Malgré des coopérations actives entre établissements et l'aide apportée notamment par les équipes médicales des types 3, l'insuffisance de ressources médicales ont conduit plusieurs établissements de la région à avoir un **recours massif à l'intérim médical** notamment pour assurer la permanence des soins. Cela n'est pas sans conséquences sur le bon fonctionnement des services :

- Les médecins intérimaires réalisent un travail posté et sont **peu investis dans la vie et les projets de service.**
- Les équipes soignantes peuvent se sentir en **insécurité** face à un turn over trop important de médecins qu'elles ne connaissent pas.
- Les équipes médicales des types 3 s'épuisent ce qui **fragilise leur propre liste de garde.**

Ces conditions de travail dégradées, auxquelles s'ajoutent des modifications incessantes de planning pour les sages-femmes et les paramédicaux, conduisent de plus en plus de soignants à faire des choix de carrière **en dehors d'une maternité**, qu'elle soit privée ou publique.

Faute de ressources humaines, certaines maternités sont amenées à faire des choix inquiétants pour la qualité et la sécurité de la prise en charge des femmes enceintes :

- **Abandon de certaines activités** (consultations de suivi, préparation à la naissance et à la parentalité) avec un relai par la médecine de ville qui n'est pas toujours garanti (désert médical dans certains territoires).
- **Suspension de façon transitoire de l'activité d'accouchement** mettant en péril l'accès de la patiente à l'établissement de son choix et créant une situation de risque dans le parcours de soins (allongement des temps d'accès, communications itératives en direction des parturientes, etc.).

- Fonctionnent de 4 maternités **sans présence d'un pédiatre 24h/24 toute l'année** (soit sur place, soit en astreinte).

Les professionnels de la région sont très inquiets des conséquences pour les patientes de cette restriction de l'offre qui pourrait mettre en péril l'accès au soin de certaines femmes, notamment les plus précaires. Ils craignent aussi que le recours aux propositions parallèles d'accompagnement, sans compétences soignantes validées (doulas, spécialistes en parentalité, etc.), continuent à se développer.

Face à ces constats, les professionnels ont pu mettre en avant des propositions en faveur de l'attractivité et de la bonne utilisation des ressources humaines. Ces différents éléments qui vont de l'amélioration des conditions de rémunération à une volonté de stopper la dispersion des ressources humaines en passant par la création d'un projet médical territorial et d'une procédure d'orientation du bas risque médical, nécessitent un **engagement fort des acteurs mais aussi des tutelles.**

L'ensemble de ces constats et propositions a été porté à la connaissance de l'ARS lors d'une réunion de restitution le 4 mai et un rapport final va être transmis. Nous savons que ce travail aidera l'ARS à construire la « **Fiche Périnatalité** » du Plan Régional de Santé 3 en cours de rédaction en ce moment et qui sera la feuille de route des actions soutenues par l'ARS dans les 5 ans à venir.

**Nous remercions sincèrement l'ensemble des professionnels qui ont participé à ce travail dans le contexte difficile que nous connaissons.**



## Point sur les différents programmes proposés par le Réseau en simulation

Depuis plusieurs années, la simulation s'est installée dans le quotidien des professionnels de santé. Parallèlement à la généralisation de l'apprentissage de la simulation en formation initiale, elle s'est intégrée progressivement à toutes les strates de la formation continue.

L'HAS définit la simulation en santé comme « l'utilisation d'un matériel, de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soin, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels ».

**Des principes fondamentaux gouvernent la simulation :**

- Elle n'est pas une finalité mais une **pédagogie au service d'objectifs de formation.**
- Elle est régie par des règles : déontologiques, bienveillance et confidentialité, méthodologiques, structuration de toute session en 3 étapes briefing/ simulation/ débriefing et pédagogiques, analyse réflexive pour consolider ou réorganiser un savoir, etc.  
[www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide\\_bonnes\\_pratiques\\_simulation\\_sante\\_guide.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guide.pdf)
- L'analyse des actions réalisées est le cœur de la simulation car il va permettre de comprendre les processus cognitifs des participants, entre pairs. Cette exploration va conforter les connaissances, comprendre des éventuels écarts de performance pour permettre de les corriger et de réinvestir cette nouvelle compréhension pour une pratique future.

La simulation permet d'apprendre, mais aussi de mieux comprendre nos pratiques pour progresser et s'entraîner, sans risque et sans jugement.

En périnatalité, cela se traduit par l'immersion dans un environnement reproduisant une salle de naissance par exemple, ou dans les lieux d'exercice professionnel dans le cas de la simulation in situ, pour vivre une situation clinique simulée.

Le Réseau Sécurité Naissance accompagne les professionnels grâce à **trois types de formations utilisant la simulation** : en centre de simulation, in situ ou par la répétition d'ateliers de maintien des compétences. Ces méthodes sont complémentaires mais, bien que la méthodologie soit commune, ces formations portent des objectifs pédagogiques spécifiques.

**Formations en centre de simulation à Nantes (LeSIMU) ou Angers (All'Sims)**

Depuis 2018, 377 professionnels ont pu bénéficier de formations RNN, 80 pour les formations obstétricales.

Le Réseau propose trois formations : réanimation du nouveau-né, urgences néonatales, situation obstétricale critique en salle de naissance.



### Formations à la réanimation néonatale (module 1 et 2)

L'objectif de la formation est l'acquisition des connaissances et des compétences dans la prise en charge pluriprofessionnelle d'une RNN (formation théorique et procédurale puis mise en situation par la simulation).

Cette formation est parfaitement adaptée aux professionnels en exercice n'ayant pas eu de formation spécifique à la réanimation du nouveau-né au cours de leur formation (IADE, MAR, IDE, etc.) ou pour une mise à jour des connaissances suivant les recommandations les plus récentes.

Les groupes ne sont pas représentatifs des organisations de travail de chacun, l'adaptation nécessaire peut représenter un objectif personnel complémentaire.

**PROCHAINES DATES :** ● Module 1, le 05/10/2023  
● Module 2, le 21/09/2023

### Formation aux urgences dans le service de néonatalogie

Organisée au centre de simulation d'Angers par Dr Frédérique BERINGUE, cette formation est destinée aux infirmières, puéricultrices et auxiliaires de puériculture autour des compétences à mobiliser face aux urgences dans un service de néonatalogie.

**PROCHAINE DATE :** ● le 22/06/2023

Retrouvez toutes les informations ici :

[www.reseau-naissance.fr/simulation-aux-gestes-durgences-en-neonatalogie/](http://www.reseau-naissance.fr/simulation-aux-gestes-durgences-en-neonatalogie/)

### Formation aux situations de crise en obstétrique

Au centre de simulation de Nantes, les objectifs de cette session obstétrico-anesthésique portent sur 4 prises en charge médicales simulées. L'analyse est portée sur les compétences techniques et non techniques.

**PROCHAINE DATE :** ● le 14/11/2023

### Simulation in situ

Depuis 2018, 360 professionnels ont participé aux formations in situ.

Pour les formations in situ, l'équipe de formateurs se déplace dans les établissements.

Les participants sont représentatifs d'une équipe en place, utilisent le matériel de la maternité, et suivent les protocoles existants.

Le programme s'appuie sur les connaissances initiales des participants : par exemple, concernant la RNN, la simulation in situ constitue l'étape idéale après l'apprentissage des gestes et de l'algorithme. Elle permet de mobiliser ses connaissances dans un contexte habituel de travail, en prenant en compte les contraintes ou les forces de son propre établissement.

Chaque participant peut ainsi interroger sa pratique individuelle mais également sa place au sein de l'équipe et ses interactions avec le matériel et les organisations : la simulation in situ bénéficie aux besoins individuels mais également collectifs. Ce type de simulation favorise une amélioration du travail en équipe et permet une réflexion sur le quotidien des professionnels (organisation, choix de matériel, protocoles, etc.) pour en dégager des axes d'amélioration, au bénéfice du service.

Le Réseau propose deux programmes ci-contre :

### « Code rouge à la maternité 2! »

Depuis 2022, la formation « Code rouge à la maternité 2! », financée par l'ARS est proposée aux 23 maternités du Réseau.

Le RSN contacte les établissements pour organiser la formation.

### Simulation in situ à la demande des établissements

Une journée de formation, à l'aide de la simulation in situ, peut être organisée en RNN ou en Obstétrique à la demande des établissements.

Retrouvez les tarifs et toutes les informations ici :

[www.reseau-naissance.fr/simulation-in-situ-a-la-demande-des-etablissements/](http://www.reseau-naissance.fr/simulation-in-situ-a-la-demande-des-etablissements/)

### Groupe de travail « Ateliers de maintien des connaissances et des compétences en réanimation néonatale in situ »

78 professionnels, exerçant dans 21 maternités, participent au groupe de travail.

Le maintien des compétences, d'autant plus lorsqu'elles sont rarement mobilisées, représente un véritable défi pour tout professionnel. Dans le cas de la RNN, c'est un évènement rare mais dont la maîtrise est indispensable. Les études ont prouvé l'importance de repenser régulièrement un temps de formation pour maintenir les apprentissages au cours du temps.

Depuis plusieurs années ou plus récemment, plusieurs maternités du Réseau ont mis en place des « ateliers de maintien des connaissances en RNN in situ ». Ce sont des formations internes, in situ, par des professionnels exerçant au sein des établissements. Elles ont pour vocation de mobiliser à intervalles réguliers les professionnels autour de la RNN. Leurs objectifs sont spécifiques à chaque établissement, la simulation volontiers procédurale et les maquettes pédagogiques propres à chaque équipe.

Au sein d'un groupe de travail qui a débuté en 2020, le RSN accompagne les formateurs dans leurs projets ou leurs ateliers dispensés dans les établissements.

Les maternités du Réseau des Pays de la Loire se sont engagées très tôt dans un processus de formation continue à l'aide de la simulation.

Différents programmes visent à répondre aux besoins des professionnels et se complètent.

Le Réseau souhaite continuer à construire à vos côtés cette offre de formation continue, concevoir de nouvelles simulations, de nouvelles formations au service de tous les professionnels exerçant dans les maternités.



IL RESTE DES PLACES!

Retrouvez toutes les informations ici :

[www.reseau-naissance.fr/listes/programme-et-inscription-aux-formations/](http://www.reseau-naissance.fr/listes/programme-et-inscription-aux-formations/)

# Nouveau protocole du Réseau : diagnostic et prise en charge de l'hypoglycémie du nouveau-né asymptomatique en maternité

Le commission des pédiatres est à l'origine de l'actualisation de ce protocole.

Vous pouvez retrouver l'intégralité de ce document sur le site du Réseau :

[www.reseau-naissance.fr/systeme/base-documentaire/?commune=4905](http://www.reseau-naissance.fr/systeme/base-documentaire/?commune=4905)

## Définitions de seuils d'hypoglycémie pour la décision

Âge de l'enfant	Enfants à risque modéré d'hypoglycémie	Enfant à risque élevé d'hypoglycémie
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● NN macrosome <math>\geq 97^{\text{e}}</math> percentile si absence diabète gestationnel. Macrosome <math>\geq 90^{\text{e}}</math> si diabète gestationnel sous régime seul.</li> <li>● NN eutrophe de mère diabétique sous insuline (DG ou préexistant). [pas de dextro si DG sous régime et nouveau-né eutrophe].</li> <li>● NN entre <b>2 600 g et 2 700 g</b>.</li> <li>● Mère sous médicaments hypoglycémisants (<math>\beta</math>-bloquants dont Trandate®, corticoïdes <math>&gt; 1 \text{ mg/kg/j}</math>...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● NN macrosome <math>\geq 90^{\text{e}}</math> percentile, de mère diabétique sous insuline (DG ou préexistant).</li> <li>● Anoxo ischémie avec avis pédiatre (<math>\text{pH}_a</math> au cordon <math>&lt; 7,10</math> et/ ou Apgar <math>&lt; 7</math> à M5).</li> <li>● NN PAG et/ ou RCIU.</li> <li>● Prématuré <math>&lt; 37 \text{ SA}</math>.</li> <li>● NN <b><math>&lt; 2 600 \text{ g}</math></b>.</li> </ul>
Moins de 24h	<p>Glycémie <math>&lt; 0,30 \text{ g/L}</math> (<math>1,7 \text{ mmol/L}</math>)</p> <p><b>SI <math>&lt; 0,25 \text{ G/L}</math> (<math>&lt; 1,4 \text{ MMOL/L}</math>) : PEC URGENTE</b></p>	<p>Glycémie <math>0,35 \text{ g/L}</math> (<math>2,0 \text{ mmol/L}</math>)</p> <p><b>SI <math>&lt; 0,25 \text{ G/L}</math> (<math>&lt; 1,4 \text{ MMOL/L}</math>) : PEC URGENTE</b></p>
Entre 24 et 72h	Glycémie $< 0,45 \text{ g/L}$ ( $2,5 \text{ mmol/L}$ )	
Au-delà de 72h	Glycémie $< 0,60 \text{ g/L}$ ( $3,3 \text{ mmol/L}$ )	

### LEXIQUE :

- **DG** : Diabète Gestationnel
- **PAG** : Petit pour l'Âge Gestationnel
- **RCIU** : Retard de Croissance Intra utérin
- **PEC** : Prise En Charge

TABLEAU 1  
Courbes de Fenton garçons pour déterminer les seuils de macrosomie

AG en SA	Macrosome ( $> 90^{\text{e}}$ percentile) SI DIABÈTE	Macrosome ( $> 97^{\text{e}}$ percentile) SANS DIABÈTE
37	3 550 g	3 800 g
38	3 750 g	4 050 g
39	4 000 g	4 300 g
40	4 200 g	4 500 g
41	4 450 g	4 750 g

TABLEAU 2  
Courbes de Fenton filles pour déterminer les seuils de macrosomie

AG en SA	Macrosome ( $> 90^{\text{e}}$ percentile) SI DIABÈTE	Macrosome ( $> 97^{\text{e}}$ percentile) SANS DIABÈTE
37	3 500 g	3 700 g
38	3 700 g	4 050 g
39	3 900 g	4 300 g
40	4 100 g	4 500 g
41	4 300 g	4 700 g

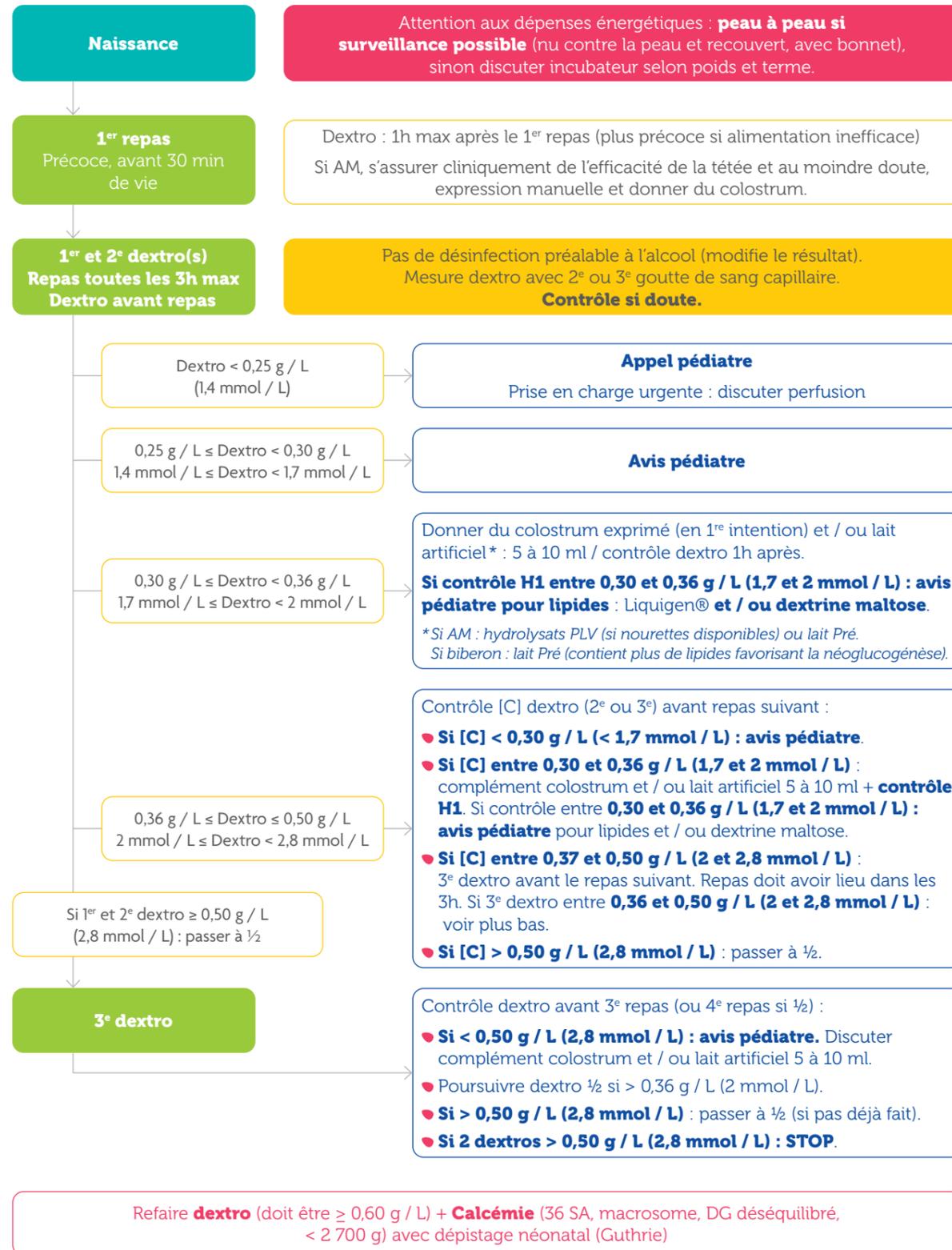


## Indication au contrôle glycémies capillaires (chez un nouveau-né asymptomatique)

Pas de glycémie systématique chez un nouveau-né eutrophe, à terme, sans facteur de risque.

### Repérer les facteurs de risques d'hypoglycémie.

En présence de facteurs de risques chez un nouveau-né **asymptomatique** > 35 SA en SDC ou UK.



## Les sages-femmes sont autorisées à prescrire de nouveaux vaccins

La sage-femme peut prescrire les vaccins et pratiquer la vaccination dont la liste est définie par l'arrêté du 12 août 2022 modifiant l'arrêté du 1<sup>er</sup> mars 2022 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à prescrire et à pratiquer.

L'arrêté distingue 3 catégories de patients, à savoir :

- Les femmes (article 1).
- Les mineurs (article 2).
- L'entourage de l'enfant ou de la femme enceinte (article 3).

La sage-femme doit s'assurer de l'inscription du vaccin concerné sur la liste en fonction de la catégorie de patients et, le cas échéant, de la conformité de la prescription avec le résumé des caractéristiques des produits vaccinaux et avec le calendrier des vaccinations.

La sage-femme doit assurer la traçabilité du vaccin dans le carnet de santé, le carnet de vaccination ou le dossier médical partagé du patient. À défaut, elle doit lui délivrer une attestation de vaccination. Et si besoin, transmettre l'information au médecin traitant du patient (sous réserve d'obtenir le consentement de ce dernier).

### Ce qu'il faut retenir...

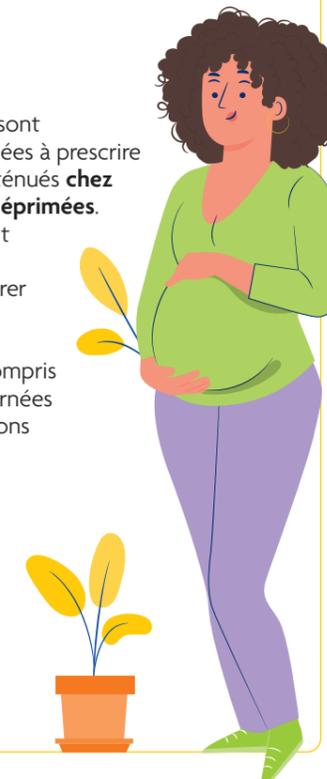
#### POUR LES FEMMES

Les sages-femmes peuvent désormais prescrire et administrer 18 vaccins, dont les vaccins contre :

- La fièvre jaune.
- Le zona.
- La rage.

Les sages-femmes ne sont cependant pas autorisées à prescrire des vaccins vivants atténués chez les femmes immunodéprimées.

Les sages-femmes sont également autorisées à prescrire et administrer la vaccination contre la grippe saisonnière chez les femmes, y compris chez celles non concernées par les recommandations vaccinales en vigueur.



#### POUR LES MINEURS

Il n'existe désormais qu'une seule liste de vaccins que peuvent prescrire et administrer les sages-femmes aux mineurs. Les « mineurs » vise indistinctement les filles et les garçons, et ce jusqu'à la majorité.

Les sages-femmes peuvent prescrire et administrer 21 vaccins dont ceux ajoutés par l'arrêté du 12 août :

- Le ROR.
- La varicelle.
- La fièvre jaune.
- Les infections invasives à haemophilus influenzae de type B.

Comme pour les femmes, les sages-femmes ne sont pas autorisées à prescrire des vaccins vivants atténués chez les mineurs immunodéprimés.



## POUR LES PERSONNES VIVANT DANS L'ENTOURAGE D'UN ENFANT OU D'UNE FEMME ENCEINTE

Les sages-femmes sont autorisées à prescrire et à administrer les **mêmes vaccins** dans les **mêmes conditions** que ceux à destination des femmes et des mineurs aux « **personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de l'enfant ou de la femme enceinte** ».

L'entourage de l'enfant ou de la femme enceinte concerne **toute personne vivant ou fréquentant de manière régulière le même domicile que la femme enceinte ou que l'enfant, du début de la grossesse de la mère jusqu'à huit semaines après l'accouchement.**



**Quelle que soit la population concernée, les sages-femmes prescrivent ou utilisent des vaccins monovalents ou associés.**

Comme tous les autres professionnels de santé autorisés à prescrire et pratiquer la vaccination, **la sage-femme doit se conformer au calendrier vaccinal en vigueur.**

*Pour consulter le calendrier des vaccinations et des recommandations vaccinales 2023 :*

[www.sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal](http://www.sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal)

### Les liens utiles

Article L.4151-2 du CSP :

[www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886717](http://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886717)

Article D.4151-25 du CSP :

[www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032633359/](http://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032633359/)

La liste des vaccins que la sage-femme est autorisée à prescrire (arrêté du 12 août 2022 modifiant l'arrêté du 1<sup>er</sup> mars 2022 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à prescrire et à pratiquer) :

[www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046197829](http://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046197829)

[www.reseau-naissance.fr](http://www.reseau-naissance.fr)

Ce bulletin est le vôtre !

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



**Directeur de la publication :**

Pr Cyril FLAMANT

**Rédaction :**

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

3 rue Marguerite Thibert - 44200 Nantes - Tél. : 02 40 48 55 81 - Fax : 02 40 12 40 72  
[coordination@reseau-naissance.fr](mailto:coordination@reseau-naissance.fr)