



## Après une année blanche liée à la crise sanitaire, les 24<sup>e</sup> journées du RSN ont eu lieu ces 18 et 19 novembre 2021. 250 personnes étaient au rendez-vous, heureuses de pouvoir participer de nouveau à cet évènement.

Cette année encore, les thématiques abordées se voulaient pragmatiques et transversales.

Une table ronde a été consacrée à « Comprendre pour mieux prévenir le suicide maternel ».

Le suicide maternel est une des premières causes de la mortalité maternelle avec les maladies cardiovasculaires.

Auparavant c'était l'hémorragie du péripartum qui avait le triste privilège d'être la première cause de la mortalité maternelle. La mortalité par hémorragie du péripartum a été diminuée par deux en 15 ans.

La mobilisation des professionnels de santé et les recommandations de 2004 et 2014 du CNGOF<sup>1</sup> y ont largement contribué.

Chaque mois, en France, il y a une mort maternelle par suicide soit 13,4 %<sup>2</sup> des morts maternelles !

La proportion de morts évitables est estimée, pour les maladies cardiovasculaires, à 65,7 % et, pour le suicide maternel, à 91,3 %<sup>2</sup>.

« Les facteurs d'évitabilité identifiés pour ces causes de décès soulignent en particu-

lier l'importance de la prévention et des parcours de soins pluridisciplinaires coordonnés impliquant les soins primaires »<sup>2</sup>.

Environ 10 % des femmes enceintes présentent des troubles de santé mentale soit pour notre région environ 3 600 patientes.

La feuille de route du Gouvernement sur les 1 000 premiers jours met l'accent sur des moments clés; l'entretien prénatal précoce, le séjour à la maternité, le retour à domicile où il est important de dépister ces populations à risque en repérant les vulnérabilités ainsi que les difficultés d'établir les liens parents enfants.

Ces thématiques sont, bien évidemment, au cœur des préoccupations du RSN.

De nombreuses pistes sont évoquées dans le rapport des 1 000 premiers jours ouvrant la possibilité de penser des projets novateurs. Dans ce contexte, il nous appartient de réfléchir ensemble à la mise en œuvre de la Politique des 1 000 premiers jours à l'échelle de notre région, et aux actions à porter par le RSN, en appui et expertise, pour la formation des professionnels, le dépistage des vulnérabilités et l'organisation des parcours de soins.



**Dr Philippe Gillard**  
Président du Réseau  
Sécurité Naissance  
Naître ensemble

<sup>1</sup> CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français).

<sup>2</sup> ENCMM (Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles).

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 2022 . . . . . 2  
Nouveau webinar . . . . . 3  
Critères d'inclusion dans le Réseau Grandir Ensemble des enfants (ETCAF) . . . . . 3  
Plaquette d'information sur le Décollement du Pôle Inférieur de l'œuf (DPIO) ou « décollement des membranes » . . . . . 4

Le Réseau Sécurité Naissance a obtenu la certification QUALIOP! . . . . . 5  
Dossier « Transfert d'un nouveau-né » . . . . . 5  
Les messages du staff inter maternités 2021 . . . . . 6  
Charte du nouveau-né hospitalisé . . . . . 9

EIPAGE 2 : résultats à 5 ans . . . . . 10  
Bilan et perspective de la simulation in situ, résultats de la satisfaction globale . . . . . 12  
Site 1 000 premiers jours . . . . . 15  
Indicateurs activités maternités . . . . . 16

Référentiels RSN : prise en charge maternelle et néonatale d'une séroconversion . . . . . 18  
Retours sur les 24<sup>e</sup> Journées Scientifiques . . . . . 20



# BONNE ANNÉE

Le Réseau Sécurité Naissance  
vous offre ses meilleurs vœux.

RESEAU-NAISSANCE.FR

## Agenda 2022

L'organisation est pensée dans le respect  
des gestes barrières.



### Commissions

- **Cadres sages-femmes** : le 7 janvier, après-midi.
- **Pédiatres** : le 14 janvier, en journée.
- **Addictions** : le 18 janvier, après-midi.
- **Puéricultrices** : le 25 janvier, après-midi.
- **Obstétriciens** : le 22 février, en journée.
- **Sages-femmes** : le 22 février, après-midi.
- **Parentalité / vulnérabilité** : le 1<sup>er</sup> mars, après-midi.
- **IVG** : le 15 mars, après-midi.
- **Psychologues de maternité** : le 3 mai, en journée.
- **Surdité / évaluation néonatale de l'audition** :  
le 18 octobre, après-midi.

### Formations

- **Journée Parentalité** :  
le 3 mai à Angers.
- **Journée CPDPN** :  
le 10 juin au Mans.

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

# Nouveau webinar à venir

## « Quand les mères demandent un accouchement sous X, les bébés naissent dans le secret »

Deux sessions complémentaires avec au programme :

### Accompagnement des femmes qui accouchent sous X (20 janvier 2022, 14 h)

- Connaître, comprendre et respecter les choix qui s'offrent aux femmes, à leur conjoint et à leur famille.
- Comment garantir l'anonymat durant l'ensemble de la prise en charge ? (tenue du dossier obstétrical, liens entre professionnels...).

### Accueillir les bébés nés sous le secret

(3 février 2022, 14 h)

- La « naissance de son identité » : du certificat d'accouchement à la déclaration à l'état civil.
- Les paroles et les soins : comment mieux communiquer avec le nouveau-né ?
- Un album de naissance : pourquoi ? Comment ?

*Pour s'inscrire, envoyez un mail à la coordination, vous obtiendrez le lien en retour.*

[coordination@reseau-naissance.fr](mailto:coordination@reseau-naissance.fr)

## Critères d'inclusion dans le Réseau Grandir Ensemble des nouveau-nés à risque de troubles causés par l'alcoolisation foetale

Le Réseau Grandir Ensemble, réseau de suivi des enfants vulnérables en région Pays de la Loire, s'intéresse depuis maintenant quelques années au **suivi des enfants exposés à l'alcool au cours de la grossesse**. Jusqu'à présent, ce suivi était proposé aux mamans identifiées au moment de l'accouchement quel que soit leur niveau de consommation. À la demande des professionnels de terrain, le comité de pilotage du réseau a défini des critères permettant de **caractériser une exposition prénatale à l'alcool préoccupante**. Ce sont ces situations qui donnent lieu à une inclusion dans Grandir Ensemble (avec accord des parents). Les critères retenus sont les suivants :

- Au-delà de 4 SA :
  - Au moins **1 verre par jour sur une semaine**.
  - 2 fois ou plus des occasions de **plus de 4 verres**.

Les professionnels en charge d'identifier ces mamans devront également préciser dans le dossier d'inclusion si le bébé présente les **signes cliniques caractéristiques d'un Syndrome d'Alcoolisation Foetale (SAF)** qui sont :

- Un périmètre crânien inférieur à moins 1,5 DS (déviation standard).
- Une dysmorphie.
- Une malformation cardiaque, une fente labio palatine ou des anomalies orthopédiques.



# Plaquette d'information sur le Décollement du Pôle Inférieur de l'Œuf (DPIO) ou « décollement des membranes »

Nouveau document disponible

Une plaquette d'information, à destination des patientes et des couples, a été réalisée par un groupe de travail composé de 5 sages-femmes. Il a ensuite été relu par la commission sages-femmes et la commission des obstétriciens.

Cette brochure est destinée aux patientes idéalement en amont de la consultation, et a minima avant la réalisation du geste. Elle doit permettre une meilleure information (car plus consensuelle) sur les avantages et les inconvénients d'un DPIO. Elle a pour objectif de favoriser le dialogue avec le professionnel réalisant le DPIO (sage-femme ou obstétricien). Il sera ensuite en mesure de compléter l'information et de répondre aux questions des patientes.

Vous pouvez commander cette plaquette auprès de la cellule de coordination :

[coordination@reseau-naissance.fr](mailto:coordination@reseau-naissance.fr)

## LA DATE DE VOTRE ACCOUCHEMENT EST PROCHE OU DÉPASSÉE ?

Votre sage-femme ou votre médecin vous parlera peut-être d'un moyen non médicamenteux de tenter de « déclencher » l'accouchement : le décollement du pôle inférieur de l'œuf (DPIO) également appelé « décollement des membranes ».

Cette plaquette a été réalisée pour vous aider à comprendre et vous informer, avant d'en parler avec votre sage-femme ou votre médecin qui pourra répondre à vos questions.





# Le Réseau Sécurité Naissance a obtenu la certification QUALIOPi!



■ RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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.

Au **1<sup>er</sup> janvier 2022**, cette certification qualité **deviendra obligatoire** pour tous les prestataires d'actions concourant au développement des compétences qui souhaitent accéder aux fonds publics. Ainsi, à défaut d'être certifiées, les formations proposées ne pourront plus être financées par les organismes collecteurs (ANFH, Unifaf, OPCO Santé...).

En tant qu'organisme de formation, le Réseau Sécurité Naissance s'est lancé dans cette démarche avant l'été 2021 et il a été audité **avec succès le 11 octobre 2021** sans aucune réserve!

Comme toute démarche qualité, celle-ci s'effectue en continue et un nouvel audit aura lieu dans **3 ans**.

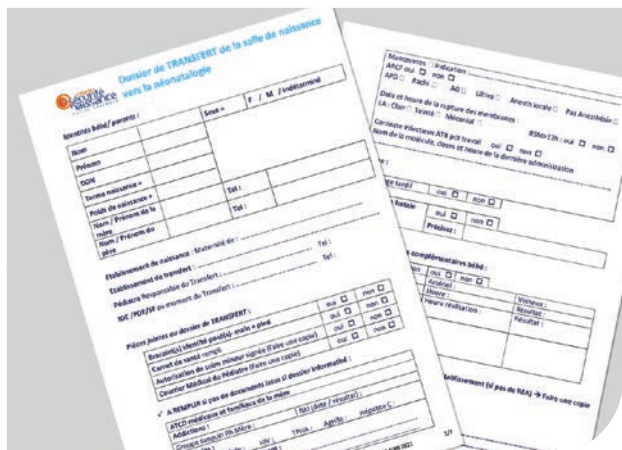
## Dossier « Transfert d'un nouveau-né »

Issus d'un travail commun entre les commissions des puéricultrices et des pédiatres, 2 dossiers peuvent être utilisés lors d'un transfert de nouveau-né.

Ils sont à utiliser en **complément du courrier du médecin**, sans s'y substituer.

Merci aux participants et aux responsables des commissions des pédiatres et des puéricultrices pour leur contribution à la réalisation de ces dossiers :

- **Dossier transfert nouveau-né** : transfert du nouveau-né à partir de la salle de naissance vers un service de néonate.
- **Dossier retransfert nouveau-né** : transfert de nouveau-né à partir d'un service de néonatalogie vers la maternité ou un service de néonatalogie d'un autre établissement.



Ils sont disponibles sur le site du réseau via les liens suivants :

[www.reseau-naissance.fr/medias/2021/10/Dossier-de-Transfert-Nne.pdf](http://www.reseau-naissance.fr/medias/2021/10/Dossier-de-Transfert-Nne.pdf)

[www.reseau-naissance.fr/medias/2021/10/Dossier-de-RETRANSFERT-Nne.pdf](http://www.reseau-naissance.fr/medias/2021/10/Dossier-de-RETRANSFERT-Nne.pdf)

Nous espérons que ces documents vous seront utiles.

N'hésitez pas à nous faire des retours lorsque vous les utiliserez :

[coordination@reseau-naissance.fr](mailto:coordination@reseau-naissance.fr)

# Les messages du staff inter maternités 2021

Le staff inter-maternités a réuni cette année plus de 100 participants représentant 20 maternités sur les 23 des Pays de la Loire. Lors de cette formation, l'analyse collective de la prise en charge médicale des patients et de leurs nouveau-nés nous a permis de dégager des messages importants pour l'amélioration de nos pratiques.

## Obstétrique

### Anesthésie locale

Si une patiente, ayant bénéficié d'une analgésie péridurale (APD) durant le travail, ressent la douleur pour la suture d'une déchirure ou d'une épisiotomie, appeler le MAR (médecin anesthésiste réanimateur) ou l'IADE (infirmière anesthésiste diplômée d'état) selon les organisations de service, afin de définir ensemble la meilleure conduite à tenir. Pour soulager la douleur, privilégier la réinjection dans la péridurale en première intention. Si l'anesthésie locale est la solution thérapeutique choisie, la dose d'anesthésiques locaux est à valider avec l'équipe d'anesthésie, afin d'éviter le surdosage.

#### Rappels de bonnes pratiques de l'anesthésie locale :

- Connaître les signes d'alerte d'intoxication et la CAT.
- Choisir son produit et sa dose (surdosage).
- Contact verbal permanent avec la patiente à la recherche de signes d'alerte d'accidents toxiques aux AL.
- Test de ré-aspiration (répété à chaque déplacement de l'aiguille).
- Injection lente.

Lors de l'injection des anesthésiques locaux, il faut surveiller les signes d'intoxication aux anesthésiques locaux. En cas de survenue de signes d'intoxication : appel du MAR en urgence car il existe un risque d'arrêt cardio respiratoire lié au passage intra vasculaire d'anesthésiques locaux. Dans ce cas, l'injection d'intra lipidés est recommandée.

### Interprétation ERCF (Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal)

L'objectif de la surveillance fœtale pendant le travail est de prévenir l'asphyxie fœtale per partum.

L'analyse de l'ERCF repose sur 5 critères :

- La fréquence cardiaque de base, qui doit être corrélée à l'âge gestationnel.
- La variabilité.
- La réactivité.
- La présence ou non de ralentissements.
- Les contractions utérines : l'analyse de l'ERCF pendant le travail se fait toujours en fonction des contractions utérines.

L'ERCF est toujours à interpréter en fonction du contexte :

- **ERCF** (à analyser pour apprécier le risque d'acidose).
- **Anamnèse maternelle** et éléments survenus en cours de grossesse ou pendant l'accouchement : métrorragies, utérus cicatriciel, signes cardio-respiratoires maternels...



- **L'état fœtal**, qui est un risque évolutif (fœtus fragile : prématuré, PAG, RCIU, malformation, grossesse prolongée...). Importance de l'évaluation fœtale à l'admission.

*La connaissance de l'état maternel et fœtal est indispensable pour identifier le fœtus à risque d'acidose.*


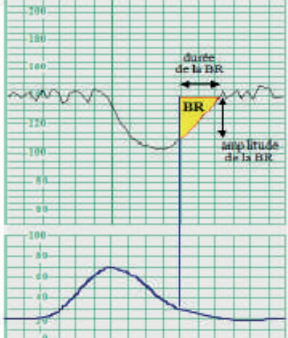
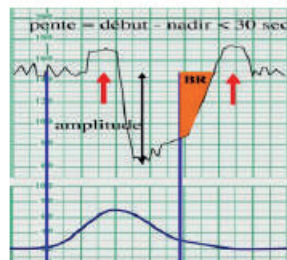
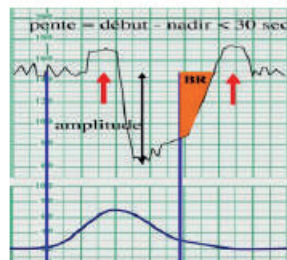
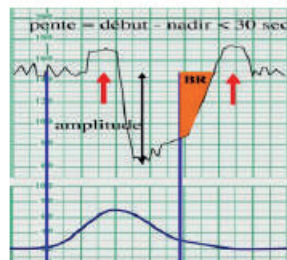
- **Avancée du travail** : analyse du partogramme et TV permettant de fixer un pronostic.

En cas d'ERCF classé comme à risque important d'acidose, il est possible d'utiliser une méthode de seconde ligne (par exemple la mesure des lactates au scalp). L'utilisation d'une méthode de seconde ligne ne doit pas retarder l'extraction si le risque d'acidose est important ou majeur.

## Classification CNGOF 2007 :

<b>ERCF NORMAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rythme de base : 110-160 bpm <b>et</b> variabilité 6-25bpm <b>et</b> réactivité : présence d'accélération <b>et</b> ralentissements : absence.</li> </ul>	
<b>ANOMALIES À RISQUE FAIBLE D'ACIDOSE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tachycardie modérée (160-180 bpm).</li> <li>● Bradycardie modérée (100-110 bpm).</li> <li>● Variabilité minimale (&gt; 5 bpm) pendant moins de 40 minutes.</li> <li>● Ralentissements précoces.</li> <li>● Ralentissements prolongés &lt; 3 minutes.</li> <li>● Ralentissements variables typiques non sévères.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Surveillance cardiotocographique en continu.</li> </ul>
<b>ANOMALIES À RISQUE MOYEN D'ACIDOSE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tachycardie &gt; 180 bpm isolée.</li> <li>● Bradycardie entre 90-100 bpm isolée.</li> <li>● Variabilité minimale (&lt; 5 bpm) entre 40 et 60 minutes.</li> <li>● Ralentissements variables atypiques et/ou sévères.</li> <li>● Ralentissements tardifs non répétés.</li> <li>● Ralentissements prolongés &gt; 3 minutes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Surveillance cardiotocographique en continu.</li> <li>● Action correctrices.</li> <li>● Si persistance : lactates au scalp.</li> </ul>
<b>ANOMALIES À RISQUE IMPORTANT D'ACIDOSE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Variabilité minimale (&lt; 5 bpm) pendant plus de 60 minutes.</li> <li>● Rythme sinusoidal (vrai pendant plus de 10 minutes).</li> <li>● Ralentissements tardifs répétés <b>ou</b> ralentissements prolongés répétés <b>ou</b> ralentissements variables répétés <b>et</b> absence d'accélération ou variabilité minimale (&lt; 5 bpm).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lactates si ne retardent pas l'extraction.</li> <li>● Décision d'extraction rapide.</li> </ul>
<b>ANOMALIES À RISQUE MAJEUR D'ACIDOSE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bradycardie persistante et variabilité absente.</li> <li>● Bradycardie sévère subite (&lt; 90 bpm).</li> <li>● Tachycardie progressive, variabilité minimale, perte des accélérations puis ralentissements (séquence de Hon).</li> <li>● Ralentissements tardifs répétés et variabilité absente.</li> <li>● Ralentissements variables répétés et variabilité absente.</li> <li>● Ralentissements prolongés répétés et variabilité absente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Décision d'extraction immédiate.</li> </ul>

N.B. : l'association de plusieurs éléments est un facteur aggravant et doit faire réévaluer le risque d'acidose.

Plaquette d'aide à l'interprétation des AERCF-		2013 – DR ESBELIN et IDG DOCHEZ – CHU de Nantes											
1-Ralentissement précoce :	2-Ralentissement tardif	3-Ralentissement variable											
<p>- Début par une pente lente et progressive - MONOMORPHE - Début et finit avec la contraction utérine</p>  <p>Début-Nadir ≥ 30 sec ≥ 30 sec</p>	<p>- Début par une pente lente et progressive - MONOMORPHE - décalé par rapport à la CU et se termine après la CU (aire résiduelle)</p>  <p>durée de la BR amplitude de la BR</p>	<p>-pente initiale rapide et abrupte (&lt; 30 sec) -variable dans sa chronologie et son aspect</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th style="width: 50%;">Typique</th> <th style="width: 50%;">Atypique</th> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>=précédé et suivi d'une accélération</p>  <p>pente = début - nadir &lt; 30 sec amplitude</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>Un ou plusieurs des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-perte accélération avant et ou après (1)</li> <li>-accélération secondaire prolongée (2)</li> <li>-retour lent au rythme de base (3)</li> <li>-aspect biphasique (4)</li> <li>-retour à un rythme de base inférieur (5)</li> <li>-variabilité absente dans le ralentissement (6)</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Non sévère</td> <td>Sévère</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nadir &gt; 60 bpm et amplitude &lt; 60 bpm Ou durée &lt; 60 secondes</td> <td colspan="2">Nadir &lt; 60 bpm ou amplitude &gt; 60 bpm ET durée &gt; 60 seconde</td> </tr> </table>		Typique	Atypique	<p>=précédé et suivi d'une accélération</p>  <p>pente = début - nadir &lt; 30 sec amplitude</p>	<p>Un ou plusieurs des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-perte accélération avant et ou après (1)</li> <li>-accélération secondaire prolongée (2)</li> <li>-retour lent au rythme de base (3)</li> <li>-aspect biphasique (4)</li> <li>-retour à un rythme de base inférieur (5)</li> <li>-variabilité absente dans le ralentissement (6)</li> </ul>	Non sévère	Sévère	Nadir > 60 bpm et amplitude < 60 bpm Ou durée < 60 secondes		Nadir < 60 bpm ou amplitude > 60 bpm ET durée > 60 seconde	
Typique	Atypique												
<p>=précédé et suivi d'une accélération</p>  <p>pente = début - nadir &lt; 30 sec amplitude</p>	<p>Un ou plusieurs des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-perte accélération avant et ou après (1)</li> <li>-accélération secondaire prolongée (2)</li> <li>-retour lent au rythme de base (3)</li> <li>-aspect biphasique (4)</li> <li>-retour à un rythme de base inférieur (5)</li> <li>-variabilité absente dans le ralentissement (6)</li> </ul>												
Non sévère	Sévère												
Nadir > 60 bpm et amplitude < 60 bpm Ou durée < 60 secondes		Nadir < 60 bpm ou amplitude > 60 bpm ET durée > 60 seconde											
4-Ralentissement prolongé	Durée du ralentissement ≥ 2 minutes	et < 10 minutes											
5-Ralentissements répétés	Concerne tous les types de ralentissement	Fréquence des ralentissement ≥ 1 CU sur 2											

Merci aux **Dr Esbelin** et **Dr Dochez** pour ce document.



## Prééclampsie

Extraits des RPC (Recommandations pour la Pratique Clinique) 2021 du GNGOF (collège des gynécologues obstétriciens français).

Le détail de l'ensemble de ces recommandations est en accès libre sur le site internet du GNGOF :

[www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2021%252FRFE%2Bpre-eclampsie\\_2020.pdf&i=46509](http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2021%252FRFE%2Bpre-eclampsie_2020.pdf&i=46509)

### DÉFINITION ET SCORE DE PRÉDICTION

Question 1 : Comment définir la prééclampsie sévère ?

- R1.1 – En présence d'une prééclampsie, définie par une hypertension artérielle gravidique systolique  $\geq 140$  mm Hg et / ou diastolique  $\geq 90$  mm Hg, et une protéinurie  $\geq 0,3g / 24h$ , les experts suggèrent de retenir au moins un des critères suivants pour définir la prééclampsie sévère :
  - Une HTA sévère (PAS  $\geq 160$  mm Hg et / ou PAD  $\geq 110$  mm Hg) ou non contrôlée.
  - Une protéinurie  $> 3g / 24h$ .
  - Une créatinémie  $\geq 90 \mu mol / L$ .
  - Une oligurie  $\leq 500 ml / 24h$  ou  $\leq 25 ml / h$ .
  - Une thrombopénie  $< 100 000 / mm^3$ .
  - Une cytolyse hépatique avec ASAT / ALAT  $> 2N$ .
  - Une douleur abdominale épigastrique et / ou une douleur de l'hypochondre droit « en barre » persistante ou intense.
  - Une douleur thoracique, une dyspnée, un œdème aigu du poumon.
  - Des signes neurologiques : céphalées sévères ne répondant pas au traitement, troubles visuels ou auditifs persistants, réflexes ostéotendineux vifs, diffusés et polycinétiques.
- R1.2 – Les experts suggèrent, qu'au-delà des valeurs seuils des paramètres biologiques mentionnés en R1.1, une aggravation de ces paramètres constituent également un critère diagnostique de prééclampsie sévère. R1.3 – Les experts suggèrent que parmi les critères définissant la prééclampsie sévère, certains soient considérés comme des signes cliniques ou biologiques de gravité :
  - Une PAS  $\geq 180$  mm Hg et / ou une PAD  $\geq 120$  mm Hg.
  - Une douleur abdominale épigastrique et / ou de l'hypochondre droit « en barre » persistante ou intense.
  - Des céphalées sévères ne répondant pas au traitement, des troubles visuels ou auditifs persistants, un déficit neurologique, des troubles de la conscience, des réflexes ostéotendineux vifs, diffusés, et polycinétiques.
  - Une détresse respiratoire, un œdème aigu du poumon.
  - Un HELLP syndrome.
  - Une insuffisance rénale aiguë.

## Néonatalogie

### INBP : Infection Néonatale Bactérienne Précoce. Recommandation chez le nouveau-né $\geq 34SA$

- Si une patiente présente de la fièvre en post partum et que le nouveau-né est hospitalisé : il faut impérativement transmettre ces informations au médecin responsable de la prise en charge du nouveau-né.

- Il est également recommandé d'avertir le service de néonatalogie si une antibiothérapie est débutée chez la mère en post-partum, afin d'éviter une perte de temps (et donc une perte de chance) pour le nouveau-né.

L'ensemble des recommandations de la SFN (société française de néonatalogie), de la SFP (société française de pédiatrie) et de la HAS est disponible via le lien suivant :

[www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/documents/label\\_has\\_recommandations\\_inbp.09.2017.pdf](http://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/documents/label_has_recommandations_inbp.09.2017.pdf)

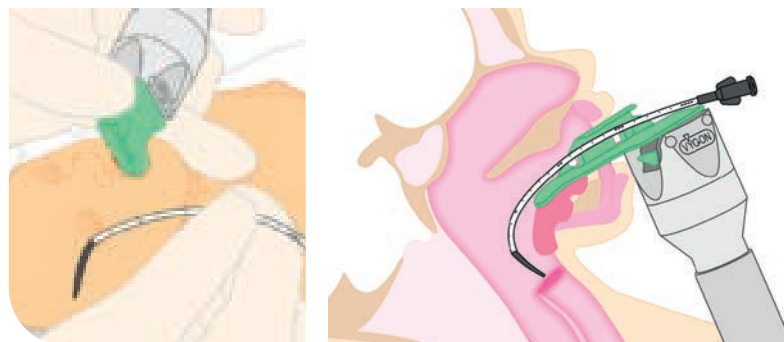
## Réanimation néonatale

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

- Pour les pressions d'insufflation, le texte suivant a été choisi : « Si les pressions sont monitorées, débuter 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. Poursuivre avec la plus petite pression permettant le soulèvement. Pour le prématuré de moins de 28 SA : débuter 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. Poursuivre avec la plus petite pression permettant le soulèvement ».
- La PEP (Pression d'Insufflation Positive) initiale est recommandée à 5 cm H<sub>2</sub>O, surtout pour le prématuré.
- Pour ce qui concerne les FiO<sub>2</sub> :
  - Débuter la réanimation à 21 % si l'âge gestationnel du nouveau-né  $\geq 32$  SA.
  - Débuter la réanimation à 30 % si l'âge gestationnel du nouveau-né  $< 28$  SA.
  - Entre les 28 SA et 32 SA : il n'existe pas d'étude valide permettant des recommandations fermes. La FiO<sub>2</sub> est laissée au choix de l'opérateur selon le contexte.

### LISA : Less Invasive Surfactant Administration

- Technique d'administration permettant de diminuer le recours à la ventilation mécanique (RR = 0,71 ; 95 % CI 0,5\_0,96).
- Tendance à moins de pneumothorax dans le groupe LISA (RR = 0,61 ; 95 % CI 0,37 \_1,02).
- Même taux d'hémorragie pulmonaire (RR = 0,63 ; 95 % CI 0,29 \_1,37).
- Les études montrent un bénéfice supérieur d'administration du surfactant lorsqu'il est administré avant 2h de vie.



Göpel et al Lancet 2011



# Charte du nouveau-né hospitalisé

Sur 740 000 naissances par an en France, on compte 75 000 nouveau-nés hospitalisés dont 60 000 bébés prématurés. L'hospitalisation du nouveau-né est un réel défi pour une famille en construction et l'entrée en parentalité. Elle suscite des émotions intenses et nécessite la mobilisation des ressources de tous pour offrir au bébé les meilleures chances de bien grandir.

La **charte du nouveau-né hospitalisé**, dévoilée à l'occasion de la journée mondiale de la prématurité, s'appuie sur la « **théorie de l'attachement** » qui démontre que pour avoir un développement optimal sur les plans social, affectif et cognitif, **un nouveau-né doit établir une relation continue avec ses parents**.

Construite autour de 10 points symbolisant les besoins essentiels du nouveau né, cette charte s'inscrit dans la continuité du **parcours des 1 000 premiers jours**, au centre d'une nouvelle politique de prévention lancée par le président de la République en septembre 2019.

Téléchargez le pdf de la charte du nouveau-né hospitalisé :

 [www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2021/11/charte\\_du\\_nouveau\\_ne\\_hospitalise.pdf](http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2021/11/charte_du_nouveau_ne_hospitalise.pdf)

## CHARTe DU NOUVEAU-NÉ HOSPITALISÉ

L'hospitalisation du nouveau-né est un réel défi pour tisser les liens familiaux et suscite des émotions intenses. Elle nécessite la mobilisation des ressources de tous pour offrir au bébé les meilleures chances de bien grandir. Les études scientifiques démontrent que la création du lien d'attachement entre le nouveau-né et sa famille, dès les premiers instants de vie, est primordial pour son bon développement. Le dialogue et la concertation entre les parents et les soignants se trouvent au cœur d'une prise en charge optimale du nouveau-né hospitalisé.

**Conscients de ces enjeux, nous, parents de nouveau-nés hospitalisés et professionnels de la naissance, nous engageons à tout mettre en œuvre pour que le nouveau-né hospitalisé bénéficie :**

1



**De la présence continue, dès sa naissance, sans restriction, 24h/24, d'au moins l'un de ses parents, ou d'une personne de confiance.**

Les parents choisissent, s'ils le souhaitent, une à deux personnes de confiance pour les soutenir et les relayer tout au long de l'hospitalisation.

2



**Des meilleures conditions pour créer le lien d'attachement avec ses parents (contact physique, bercement, échanges vocaux, alimentation) qui améliorent son état de santé et son bon développement.**

Parents et soignants partagent leurs connaissances pour regarder ensemble le bébé, comprendre ses réactions et entrer en relation avec lui.

3



**Du contact peau à peau quotidien, avec au moins l'un de ses parents, ou la personne de confiance désignée par eux, le plus tôt possible, de façon prolongée au cours des 24h et jusqu'à la sortie.**

4



**Du colostrum maternel (1<sup>er</sup> lait) sans restriction d'âge gestationnel ou de poids, en l'absence de contre-indication médicale.**

L'équipe soignante informe et accompagne la mère dans la façon de nourrir son enfant et la soutient dans ses choix.

5



**De la possibilité de téter au sein ou au biberon, aussitôt qu'il montre la capacité à le faire, sans restriction d'âge gestationnel.**

6



**D'un environnement confortable adapté à son développement sensoriel (luminosité, son, odeur, goût, toucher).**

7



**De la participation de ses parents aux soins qu'il reçoit avec l'accompagnement des professionnels de santé.**

8



**Du rôle protecteur de ses parents dans la prise en charge de l'inconfort et de la douleur en étroite coopération avec les soignants.**

9



**Des informations accessibles et compréhensibles destinées à ses parents pour comprendre son état de santé et prendre soin de lui.**

10



**D'une prise en charge individualisée, élaborée en concertation avec ses parents, et en accord avec la littérature scientifique la plus récente sur le sujet.**

Signataires de la Charte



Sous le patronage de



Avec le soutien de



# EIPAGE-2 : résultats à 5 ans

EIPAGE-2 est une cohorte prospective nationale française basée sur la population d'enfants nés prématurément. Toutes les naissances entre 22 et 34 semaines de gestation dans toutes les maternités de 25 régions françaises (21 des 22 régions métropolitaines et toutes les régions d'outre-mer) ont pu être incluses.

L'étude a débuté le 28 mars 2011. Le recrutement a concerné des **nourrissons nés à 22-26 semaines** pendant une période de huit mois, ceux **nés entre 27 et 31 semaines** pendant une période de six mois, et ceux **nés à 32-34 semaines**, pendant une période de cinq semaines. Tous les survivants ont été invités à participer à une **évaluation neuro-développementale complète à l'âge de 5 ½ ans**.

Afin d'obtenir des données de référence pour les différents tests de développement utilisés dans cette étude et décrire les résultats pour la cohorte des enfants de 5 ½ ans d'EIPAGE-2, une population témoin de **592 enfants** a été constituée et évaluée à partir de l'étude ELFE (Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance). Cette étude est une cohorte française de plus de **18 000 enfants nés en 2011 après 32 semaines**, dans **344 maternités publiques et privées** sélectionnées aléatoirement en France.

Les évaluations à 5 ½ ans comprenaient un **entretien avec les parents**, un **questionnaire parental auto-administré**, un **examen clinique par un pédiatre** et une **évaluation par un psychologue**. Si l'enfant était en situation de handicap telle qu'il ne pouvait pas participer, l'autorisation parentale était demandée pour contacter les centres de réadaptation pour qu'ils fournissent des informations permettant la classification des handicaps. Pour les parents refusant une évaluation formelle ou si l'équipe d'évaluation n'était pas disponible, il était demandé aux parents de **remplir un questionnaire** postal comprenant des informations sur l'infirmité motrice cérébrale, les handicaps sensoriels sévères / modérés, la fréquentation scolaire et le recours à des interventions complexes.

## Résultats au niveau national

Parmi les **4 441 participants**, **3 083 (69,4 %) enfants** ont été évalués. Les points importants à signaler :

- Les taux de déficiences neuro-développementales graves / modérées étaient de **28 %**, **19 %** et **12 %**, et les taux de déficiences légères étaient de **38,5 %**, **36 %**, et **34 %** respectivement à 24-26, 27-31, et 32-34 semaines. L'assistance à l'école a été utilisée par **27 %**, **14 %**, et **7 %** des enfants à 24-26, 27-31 et 32-34 semaines, respectivement.
- Environ la moitié des enfants nés entre 24 et 26 semaines (**52 %**) ont bénéficié d'au moins une intervention sur leur développement. Ce taux chutant à **26 %** pour ceux nés entre 32 et 34 semaines.
- Les **troubles du comportement** sont le problème le plus souvent signalés par les parents.
- Les **taux de troubles du développement neurologique** augmentent à mesure que l'âge gestationnel diminue et sont plus élevés dans les familles de faible statut socio-économique.

## Résultats en région Pays de la Loire

En 2011, vous avez été nombreux à participer à cette étude. Les résultats pour notre région nous ont été communiqués. Ils sont présentés ci-dessous pour l'ensemble des 23-34 SA (pas de survivants à 22 SA, un seul survivant à 23 SA). Compte tenu de l'échantillonnage, les **pourcentages sont donc pondérés** pour ne pas surreprésenter les très petits âges gestationnels recrutés plus longtemps (le rapport  $n/N$  n'est pas égal au % à cause de cette pondération).



	NÉS DANS LA RÉGION			TOTAL EIPAGE-2
	n / N observés	% observés	% redressés imputés	% redressés imputés

### NEURO-DÉVELOPPEMENT À 5 ANS ET DEMI

<b>Paralysie cérébrale</b>	5 / 149	1,7 (0,3-5,3)	2,1 (0,6-3,6)	<b>3,9 (3,0-4,8)</b>
----------------------------	---------	---------------	---------------	----------------------

#### Quotient intellectuel<sup>1</sup>

Moyenne (écart-type)	136	101,6 (13,3)	98,3 (15,1)	<b>95,9 (15,4)</b>
<-2 écart-type <sup>2</sup>	6 / 136	3,7 (0,8-10,1)	9,1 (3,6-14,6)	<b>13,0 (11,2-14,8)</b>

<sup>1</sup> Quotient Intellectuel Total (QIT), mesuré par la WPPSI-4 (**W**echsler **P**reschool and **P**Primary **S**cale of **I**ntelligence - Fourth Edition, Wechsler, 2014).

<sup>2</sup> Seuil déterminé à partir du groupe de référence des enfants ELFE nés à terme (37-41 SA).

#### Difficultés de comportement

Total SDQ score $\geq$ 90 <sup>e</sup> percentile <sup>3</sup>	11 / 134	7,2 (2,6-15,2)	7,5 (2,5-12,5)	<b>9,1 (7,7-10,5)</b>
--	----------	----------------	----------------	-----------------------

<sup>3</sup> SDQ, **S**trengths and **D**ifficulties **Q**uestionnaire (Goodman, 1997), seuil déterminé à partir du groupe de référence des enfants ELFE nés à terme (37-41 SA).

#### Troubles de la coordination

Total MABC-2 score $\leq$ 5 <sup>e</sup> percentile <sup>4</sup>	12 / 122	4,4 (1,5-9,7)	6,9 (1,6-12,1)	<b>6,5 (5,1-7,8)</b>
--	----------	---------------	----------------	----------------------

<sup>4</sup> MABC-2, **M**ovement **A**ssessment **B**attery for **C**hildren - Second Edition (Henderson, 2007), seuil déterminé à partir du groupe de référence des enfants ELFE nés à terme (37-41 SA), chez les enfants sans paralysie cérébrale, ni déficience cognitive ou sensorielle modérée ou sévère.

#### Synthèse neuro-développement<sup>5</sup>

Déficience(s) sévère(s) ou modérée(s)	12 / 136	5,9 (2,3-12,1)	10,2 (4,7-15,7)	<b>14,4 (12,6-16,2)</b>
Déficience(s) mineure(s)	50 / 136	30,7 (21,0-42,0)	32,2 (22,3-42,1)	<b>34,6 (32,0-37,1)</b>
Aucune déficience	74 / 136	63,3 (51,9-73,8)	57,6 (47,2-67,9)	<b>51,0 (48,1-54,0)</b>

<sup>5</sup> Sévère ou modérée : paralysie cérébrale sévère ou modérée (classification GMFCS niveau 2 / 5), acuité visuelle binoculaire  $< 3,2 / 10$ , perte auditive uni ou bilatérale  $> 40$  dB non corrigée ou partiellement corrigée avec un appareil auditif, ou un QI  $< -2$  écart-type de la distribution du groupe de référence des enfants ELFE nés à terme.

Mineure : paralysie cérébrale mineure (classification GMFCS niveau 1), acuité visuelle binoculaire entre  $3,2 / 10$  et  $5 / 10$ , perte auditive uni ou bilatérale entre  $40$  dB et  $70$  dB non corrigée ou partiellement corrigée avec un appareil auditif, QI entre  $< -1$  et  $< -2$  écart-type, total SDQ score  $> 90^e$  percentile ou total MABC-2 score  $< 5^e$  percentile, avec des seuils déterminés à partir du groupe de référence des enfants ELFE nés à terme (37-41SA).

Aucune : pas de paralysie cérébrale, pas de déficiences sensorielles, QI  $> 1$  écart-type de la distribution du groupe de référence enfants ELFE nés à terme (37-41 SA), pas de difficultés de comportement, pas de troubles de la coordination.

### PRISE EN CHARGE, CONSOMMATION DE SOINS À 5 ANS ET DEMI

<b>Intervention complexe<sup>6</sup></b>	45 / 143	27,3 (18,1-38,1)	25,7 (17,0-34,4)	<b>29,0 (26,0-32,0)</b>
--	----------	------------------	------------------	-------------------------

<sup>6</sup> Au moins 2 consultations avec un psychologue, psychiatre, orthophoniste, orthoptiste, psychomotricien, kinésithérapeute ou prise en charge dans un centre spécialisé durant les 12 derniers mois.

<b>Demande MDPH</b>	17 / 141	9,0 (4,2-16,4)	8,1 (3,3-13,0)	<b>11,5 (9,5-13,5)</b>
---------------------	----------	----------------	----------------	------------------------

<b>École spécialisée ou aide à l'école<sup>7</sup></b>	17 / 142	10,5 (4,9-19)	9,2 (4,1-14,3)	<b>10,1 (7,2-13,0)</b>
--	----------	---------------	----------------	------------------------

<sup>7</sup> Établissement spécialisé, classe spéciale ou aide à l'école par professionnel / auxiliaire de vie scolaire.

### INQUIÉTUDES DES PARENTS À 5 ANS ET DEMI

<b>Au moins une inquiétude<sup>8</sup></b>	49 / 139	33,3 (23,0-44,8)	32,7 (23,1-42,3)	<b>36,8 (34,2-39,5)</b>
--	----------	------------------	------------------	-------------------------

<sup>8</sup> Inquiétudes des parents vis-à-vis du langage, des apprentissages, de la coordination des gestes ou du comportement.

Les résultats de notre région sont globalement comparables à ceux de la cohorte nationale avec toutefois des séquelles légèrement moindres pour les enfants prématurés de la région.

## Conclusion

Les résultats obtenus dans le cadre de cette étude sont importants **pour informer** les parents, le personnel de santé et les enseignants, ainsi que **pour la conception de programmes de suivi et d'intervention** pour les enfants nés prématurément. Les proportions d'enfants bénéficiant d'une aide scolaire ou d'interventions complexes sur leur développement, même pour les enfants nés modérément prématurés ou ne présentant pas ou peu de handicaps neuro-développementaux, pourraient avoir un impact significatif sur les organisations éducatives et de santé. **Les difficultés rencontrées par ces groupes d'enfants et leurs familles ne doivent donc pas être sous-estimées.**



# Bilan et perspective de la simulation in situ

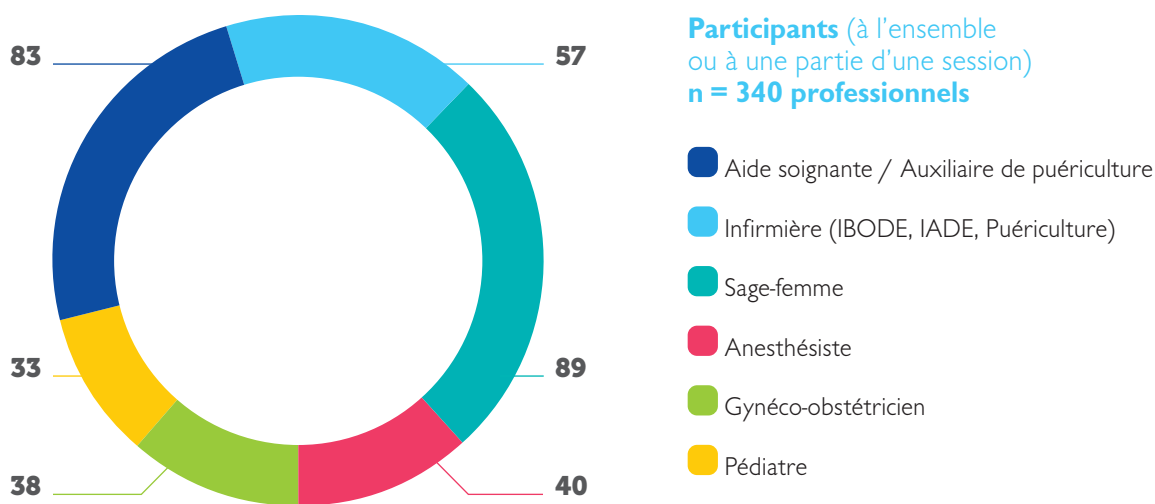
## résultats de la satisfaction globale

Le programme de simulation in situ « Code rouge à la maternité! » s'est terminé au mois d'octobre 2021, après 23 sessions dans l'ensemble des maternités de notre Réseau des Pays de la Loire.

La formation se déroulait sur deux jours et permettait de mettre en œuvre plusieurs scénarii afin de travailler un maximum de situations cliniques : **réanimation néonatale, urgences vitales en hospitalisation, situations d'urgence en salle de naissance**. Un questionnaire de satisfaction était donné pour chaque thématique.

Mme Rose SUZOR, Agathe PADVAINE, Sandrine FRAGIE et Adeline TARNIER **vous remercient encore d'avoir pris soin d'elles**. L'équipe des formateurs et de la coordination du Réseau vous remercient également chaleureusement de **votre confiance**.

Vous avez été **340 professionnels** à participer à tout ou partie de ce programme. **611 questionnaires de satisfaction** ont été récupérés.

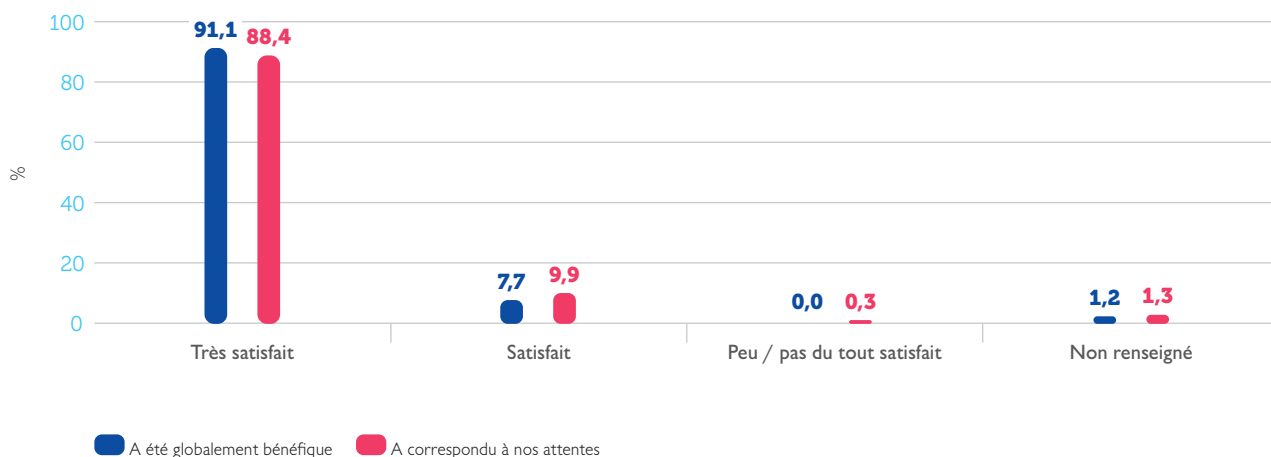


À l'issue de ces 4 années, nous souhaitons partager avec vous l'analyse des questionnaires. Nous avons regroupé l'ensemble des réponses pour une même question.

### Concernant la satisfaction globale :

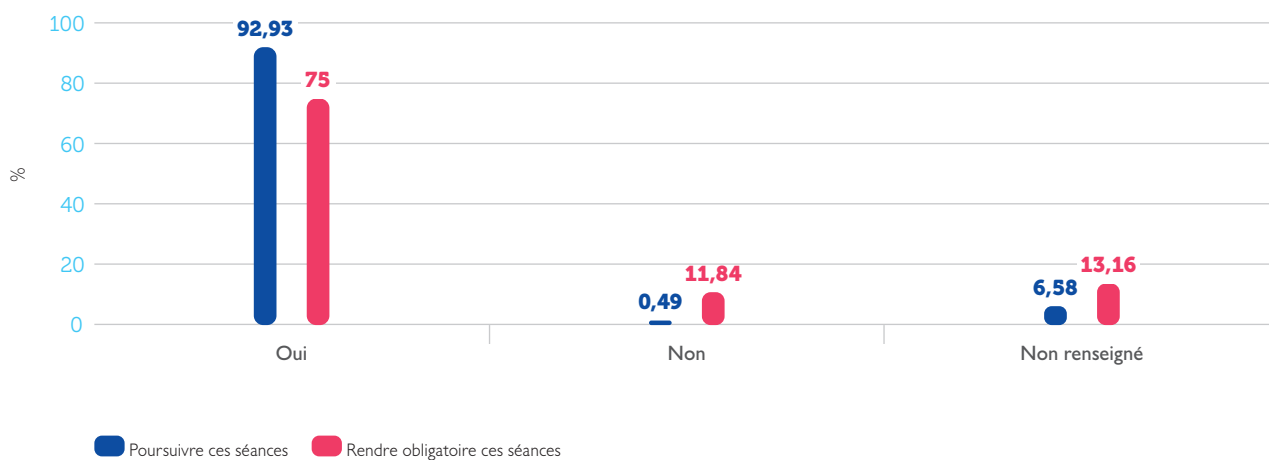
- Vous étiez **98,8 %** « satisfaits à très satisfaits » de la formation.
- Pour **98,3 %** d'entre vous, la formation a pu correspondre à vos attentes.

### Cette formation...



93 % des répondants pensent qu'il faut poursuivre ces séances de simulation in situ et 75 % les rendre obligatoires.

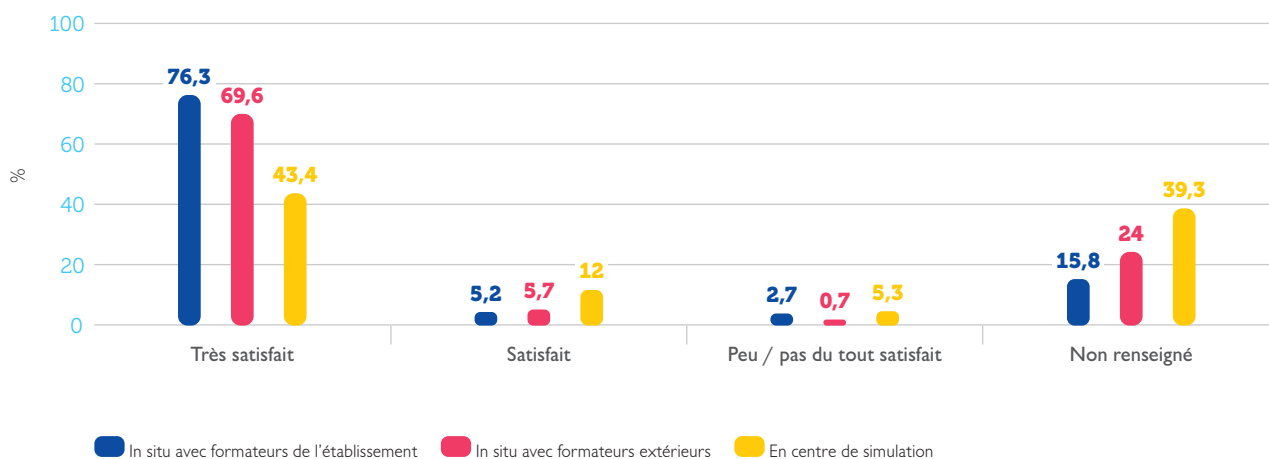
### Souhaitez-vous...



Nous vous avons proposé de renouveler ce type d'expérience avec :

- Des formateurs de votre établissement : **81,5 %** sont prêts à tenter l'expérience.
- Des formateurs extérieurs à l'établissement : **75,1 %** y sont favorables ou très favorables.
- En centre de simulation : **56,4 %** y sont favorables ou très favorables.

### Auriez-vous envie de renouveler ce type d'expérience...



Vos retours nous ont permis de faire **le bilan de cette expérience et d'envisager des perspectives nouvelles d'offre de formation** :

- Le RSN propose désormais des **formations d'une journée par la simulations in situ** à la demande des établissements. Ces séances offrent la possibilité de **répondre à des objectifs pédagogiques spécifiques**, que ce soit en obstétrique ou en Réanimation Néonatale (RNN).
- D'ici le mois de juin 2022, nous préparons de **nouveaux scénarii** pour vous retrouver lors de nouvelles gardes simulées pour le « **Code rouge à la maternité 2!** ».
- Le RSN **accompagne le groupe de travail « RNN in situ »** pour mettre en place dans les maternités de la Région des **formations continues internes** pour le maintien des connaissances et compétences en réanimation néonatale.



## GROUPE DE TRAVAIL RÉANIMATION NÉONATALE IN SITU : POINT D'ÉTAPE

Le Groupe de travail poursuit ses rencontres et sa formation pour pouvoir proposer, **de manière régulière**, dans vos établissements des ateliers d'entraînement à la **pratique de la réanimation néonatale en salle de naissance**.

Le 12 mars, nous avons échangé sur différents projets, et leurs possibilités de mise en œuvre, en répondant le plus possible aux objectifs pédagogiques de la formation.

Selon les équipes et les organisations des maternités, ils diffèrent mais **chacun a pu partager ses interrogations et expériences pour le bénéfice de tous**.

Ces ateliers ont pour objectif l'apprentissage et le maintien des compétences en RNN en équipe.

Actuellement, le **RSN organise des formations de formateurs pour accompagner** les référents du groupe de travail.

Au cours de deux journées, **nous avons « simulé » et testé une journée de formation**. Plusieurs référents du Groupe de travail ont pu être mis en **situation de formateurs et / ou d'apprenants** et **bénéficier d'un débriefing sur leurs propositions**.

Le Groupe de travail souhaite disposer d'outils et de supports pédagogiques.

Nous avons, dans un premier temps, choisi de créer un algorithme régional commun de la réanimation du nouveau-né en salle de RNN.

Ce travail collaboratif est en cours de finalisation et validation.

**Il sera bientôt disponible dans vos maternités** (sous forme d'affiches format A3)!



# Politique des 1 000 premiers jours : création d'un site internet destiné aux jeunes parents

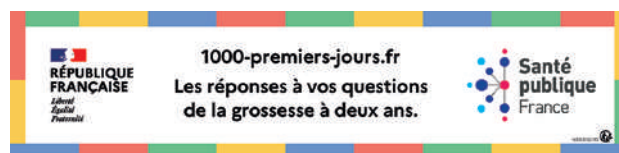
Dans le cadre du déploiement de sa politique ambitieuse des « 1 000 premiers jours », le gouvernement a confié au ministère des Solidarités et de la Santé et à Santé Publique France la création d'une plateforme et de son application associée qui visent à répondre aux questions que se posent les jeunes parents, de la grossesse à l'entrée dans la 2<sup>e</sup> année de l'enfant.

Réfléchi en concertation avec les familles et les professionnels, le site [1000-premiers-jours.fr](http://1000-premiers-jours.fr) propose des **réponses claires, accessibles et bienveillantes** aux questions que se posent les futurs et jeunes parents. À travers des rubriques intitulées « Devenir parent, Agir sur son environnement, Être accompagné et Découvrir son enfant », le site permet d'obtenir de **multiples informations pratiques** sur des sujets tels que la **grossesse**, l'**allaitement** et la **diversification alimentaire**, l'**environnement de l'enfant au foyer**, son **suivi médical**.

Il met l'accent sur le bien-être du nourrisson et des parents, à **travers des conseils** pour faire face au baby blues ou à la dépression du post-partum, et pour développer des relations épanouissantes au sein de la famille.

Diffusée du **3 novembre au 7 décembre**, une campagne de communication, constituée de spots vidéos, des spots radios et des affiches, accompagne la création de ce site internet.

Les spots invitent les familles à se rendre sur le site pour **bénéficier de davantage d'informations**.



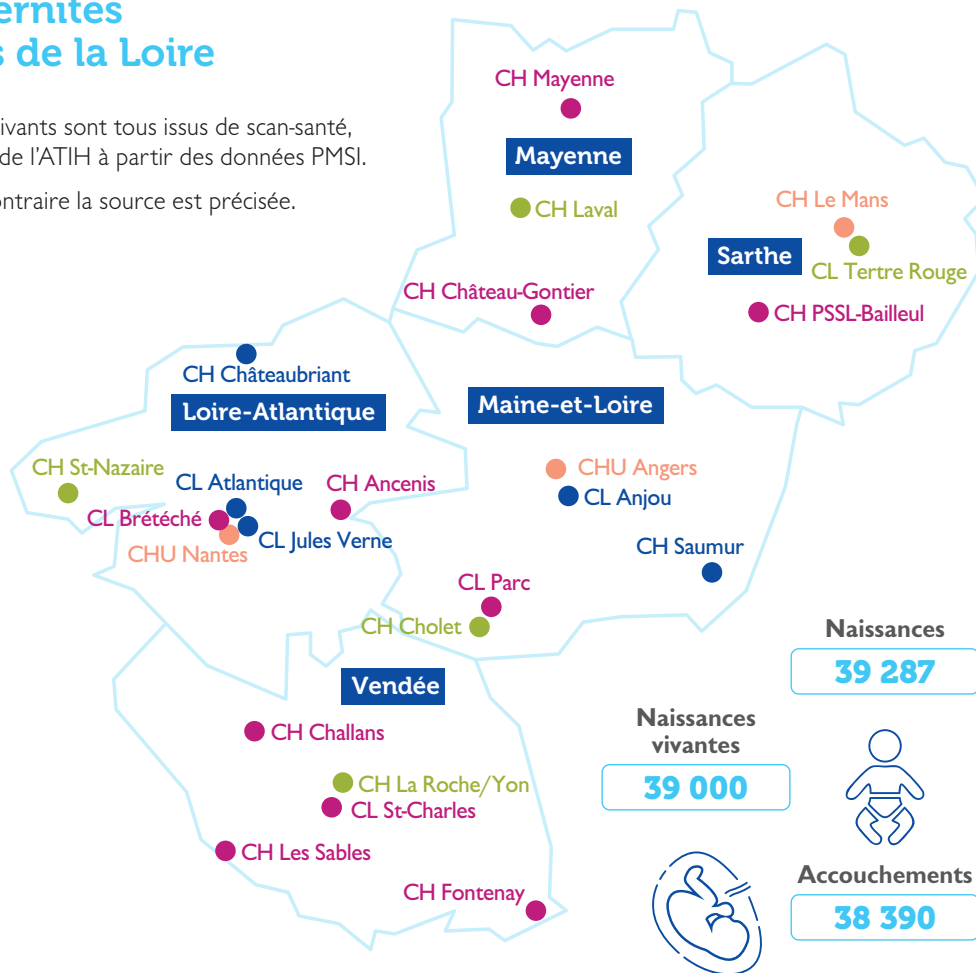
# Indicateurs activités maternités

## Périnatalité en Pays de la Loire : indicateurs d'activité 2020

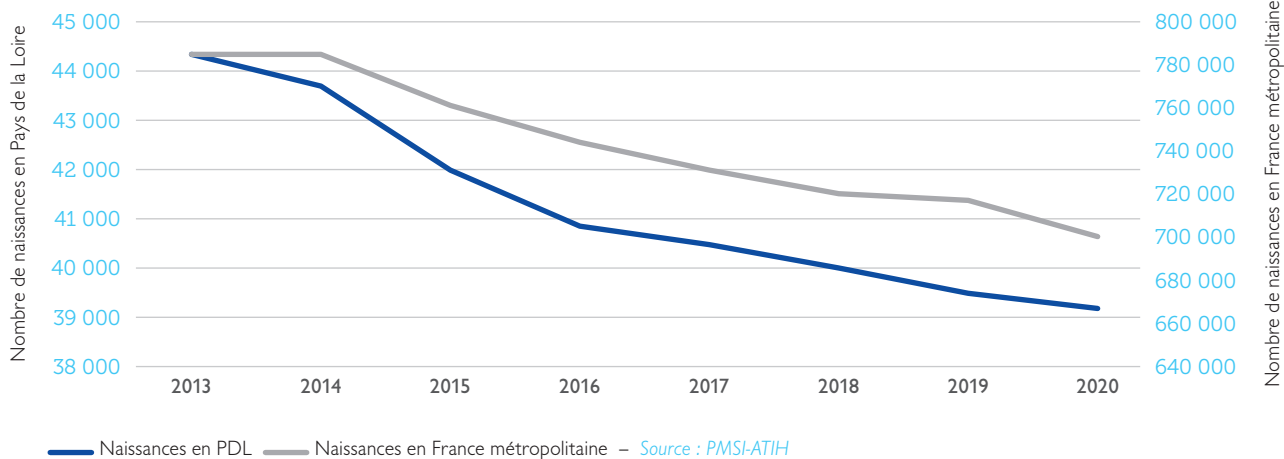
### 23 maternités en Pays de la Loire

Les chiffres suivants sont tous issus de scan-santé, la plateforme de l'ATIH à partir des données PMSI.

Dans le cas contraire la source est précisée.



Évolution du nombre de naissances de 2013 à 2020 en Pays de la Loire et France métropolitaine



## Activités en 2020<sup>1</sup>

### Voie d'accouchement – Anesthésie

**38 390** Accouchements

**81,3 %**

Voies basses

**18,7 %**

Césariennes (acc<sup>2</sup>)

**4,6 %**

Présentation  
en siège (acc<sup>2</sup>)



**57,6 %**

Césariennes  
sur siège (acc<sup>2</sup>)

**20,9 %<sup>3</sup>**

Déclenchement +  
maturation (acc<sup>2</sup>)

**1,1 %**

Anesthésie générale  
en vue d'une CS ou d'une  
extraction instrumentale  
(hors AG réalisées après  
accouchement – acc<sup>2</sup>)

**77,6 %**

Accouchements  
voies basses avec  
péridurale (acc<sup>2</sup>)

### Pré et post-natal

**2,3 %**

Amniocentèses (acc<sup>2</sup>)

**3,6 %<sup>3</sup>**

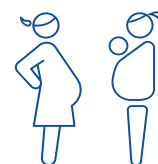
Prélèvements fœtaux  
– amniocentèses +  
trophoblastes (acc<sup>2</sup>)

**11,5 %<sup>3</sup>**

Entretien prénatal  
précoce au sein de  
l'établissement (acc<sup>2</sup>)

**58,6 %**

Allaitement (acc<sup>2</sup>)



### Procédures – Complications maternelles

**16,6 %**

Extractions  
instrumentales (acc<sup>2</sup>)

**0,67 %**

Déchirures (acc<sup>2</sup> VB)  
types 3 et 4

**7,3 %**

Épisiotomies sur VB  
(n=23 maternités)

**5,81 %**

Hémorragie  
du Post-Partum (acc<sup>2</sup>)

**0,3 %<sup>3</sup>**

Transferts maternels  
en réanimation (acc<sup>2</sup>)



### Fœtus – Nouveau-né

**1,5 %**

Jumeaux (naiss<sup>4</sup>)

**6,35 %**

Prématurés <37 SA<sup>5</sup>

**4,10 %**

Mortinatalité  
spontanée (Mort Fœtale  
In Utero – naiss<sup>6</sup>)

**3,21 %**

Mortinatalité induite  
(IMG ≥ 22 SA – naiss<sup>6</sup>)

**126**

Mort-nés ≥ 22 SA  
sans les IMG

**359** (9,7%)

IMG totaux (naiss<sup>6</sup>)

**7,31 %**

Mortinatalité totale (naiss<sup>6</sup>) = spontanée (MFIU)  
+ induite (IMG > 22 SA)

<sup>1</sup> Source : PMSI-ATH. <sup>2</sup> Taux en % des accouchements. <sup>3</sup> Source : déclaration des maternités. <sup>4</sup> Taux pour 100 naissances. <sup>5</sup> Taux pour 100 naissances vivantes. <sup>6</sup> Taux pour 1 000 naissances.



# Référentiel RSN :

## Prise en charge maternelle et néonatale d'une séroconversion toxoplasmique

En France, afin de dépister précocement une séroconversion toxoplasmique pendant la grossesse, la détection des IgG et IgM anti-*Toxoplasma gondii* est réalisé au cours du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse, chez toutes les femmes qui ne peuvent prouver leur immunité puis, un suivi mensuel des femmes enceintes séronégatives est programmé jusqu'à l'accouchement avec un dernier contrôle en post-partum 2 à 4 semaines après l'accouchement.

Une séroconversion toxoplasmique n'est avérée qu'en cas d'apparition d'IgM et d'IgG.

En cas de séroconversion ou de difficulté d'interprétation du résultat, le **sérum devra être adressé à un laboratoire expert** (Laboratoires de Parasitologie-Mycologie des CHU d'Angers et de Nantes pour la région des Pays de la Loire) afin d'**affirmer la séroconversion et de la dater**.

La patiente devra alors être adressée vers un **CPDPN** afin de **bénéficier d'une information claire et précise** sur les risques et le suivi obstétrico-pédiatrique nécessaire, en fonction de l'âge gestationnel **au moment de la séroconversion** (voir tableau ci-dessous).

	Risque de transmission materno-fœtal	Traitement	Amniocentèse pour analyse du LA par PCR	Suivi échographique
<b>SÉROCONVERSION PÉRI CONCEPTIONNELLE (jusqu'à 6 SA)</b>				
Ante-conceptionnelle (mois avant la conception)	Quasi nul	Aucun (sauf immunodéprimés)	Non	Normal (sauf immunodéprimés)
Post-conceptionnelle (conception jusqu'à 6 SA)	Minime : 1 %	<b>Spiramycine :</b> sans délai, au moins 4 semaines, à arrêter <b>si PCR négative</b> . <b>Pyriméthamine / Sulfadiazine :</b> <b>si PCR positive</b> , jusqu'à l'accouchement.	Oui	Échographie diagnostique à 18 SA <b>Si PCR négative :</b> échographie mensuelle <b>Si PCR positive :</b> échographie bimensuelle
Indéterminée		Spiramycine non conseillée (sauf angoisse parentale)	Non conseillée (sauf angoisse parentale)	Suivi attentif
<b>1<sup>ER</sup> TRIMESTRE (6 SA à 14 SA)</b>	15 %	<b>Spiramycine :</b> sans délai, au moins 4 semaines, à arrêter <b>si PCR négative</b> . <b>Pyriméthamine / Sulfadiazine :</b> <b>si PCR positive</b> , jusqu'à l'accouchement.	Oui	Échographie diagnostique à 18 SA <b>Si PCR négative :</b> échographie mensuelle <b>Si PCR positive :</b> échographie bimensuelle
<b>2<sup>E</sup> TRIMESTRE (14 SA à 32 SA)</b>	44 %	<b>Pyriméthamine / Sulfadiazine</b> (spiramycine si pas d'IgG jusqu'à infirmation / confirmation séroconversion) <b>Si PCR positive :</b> traitement jusqu'à la naissance <b>Si PCR négative :</b> Spiramycine jusqu'à la naissance	Oui	<b>Si PCR négative :</b> échographie mensuelle <b>Si PCR positive :</b> échographie bimensuelle
<b>3<sup>E</sup> TRIMESTRE (≥ 33 SA)</b>	71 %	<b>Pyriméthamine / Sulfadiazine</b> <b>Si PCR positive :</b> traitement jusqu'à la naissance <b>Si PCR négative :</b> Spiramycine ou poursuite du traitement si bien toléré jusqu'à la naissance	Recommandée (au moins 4 semaines après la primo-infection)	<b>Si PCR négative :</b> échographie mensuelle <b>Si PCR positive :</b> échographie bimensuelle

À la naissance, il sera nécessaire de transmettre dans un des deux laboratoires experts :

- 5 ml sur tube sec du sang de la mère pour les sérologies (IgG, IgM, IgA).
- Le placenta, en totalité, sans conservateur pour l'analyse par PCR.
- 3 ml sur tube sec sans gel et 5 ml sur tube EDTA du sang de cordon pour le dosage des IgG, la détection des IgM et des IgA et la PCR.

En maternité, le nouveau-né doit bénéficier d'un bilan, entre J3 et J4 (3 ml de sang, prélevé sur un tube sec), afin d'effectuer les sérologies (IgG, IgM, IgA) et les profils immunologiques comparés mère / enfant par Western-Blot, qui sera renouvelé entre J10 et J15.

Les critères biologiques néonataux définissant le diagnostic néonatal de toxoplasmose congénitale sont :

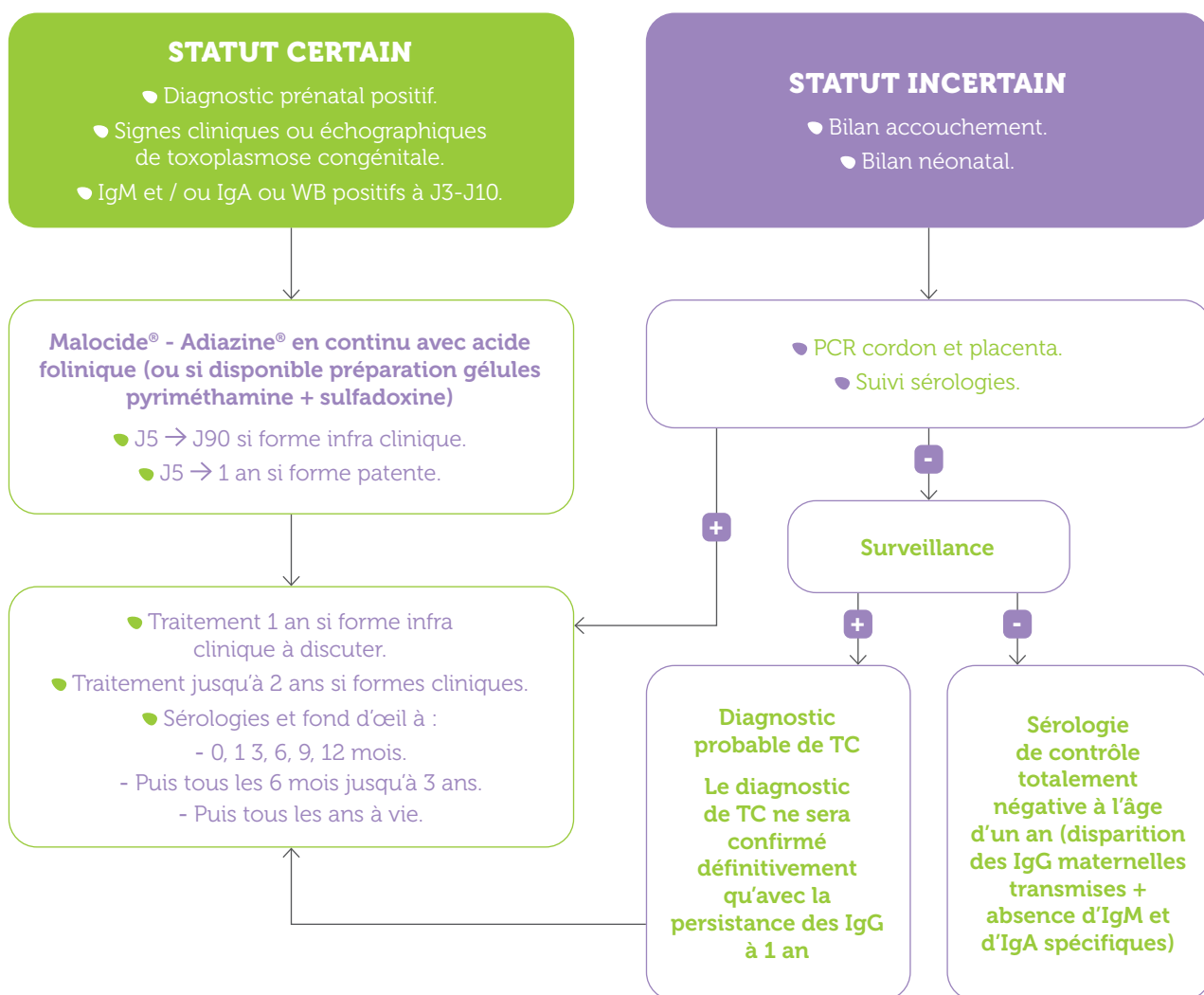
- Détection d'IgM ou d'IgA anti-Toxoplasma à J3 / J4 confirmée entre J10 / J15.
- Et / ou néosynthèse d'IgG et / ou d'IgM anti-Toxoplasma.
- Et / ou PCR positive sur le sang de cordon ou le liquide amniotique prélevés à l'accouchement.

Après réception des résultats PCR (placenta, sang de cordon et bilan), certains examens complémentaires peuvent être prescrits dès la maternité notamment pour les cas de séro-conversion du 1<sup>er</sup> trimestre et de PCR négative :

- Examen ophtalmologique (fond d'œil) dans les premières semaines de vie (idéalement avec l'utilisation d'une RETCAM).
- Échographie transfontanellaire.

En cas d'atteinte oculaire ou neurologique, un scanner cérébral ou une IRM devra être réalisé.

### Diagnostic de Toxoplasmose Congénitale (TC) du nouveau-né et suivi



Pour en savoir plus :

[www.reseau-naissance.fr/medias/2016/12/Toxo\\_dg\\_biologique\\_RSN\\_juin2021\\_VF.pdf](http://www.reseau-naissance.fr/medias/2016/12/Toxo_dg_biologique_RSN_juin2021_VF.pdf)

[www.reseau-naissance.fr/medias/2021/07/Toxo\\_PEC\\_maternelle\\_neonat\\_RSN\\_juin2021\\_VF.pdf](http://www.reseau-naissance.fr/medias/2021/07/Toxo_PEC_maternelle_neonat_RSN_juin2021_VF.pdf)

# Retours sur les 24<sup>e</sup> Journées Scientifiques

Les 24<sup>e</sup> Journées Scientifiques du Réseau Sécurité Naissance se sont déroulées à la Baule les 18 et 19 novembre dernier.

Comme tous les ans, le retour des questionnaires nous a permis d'évaluer la satisfaction des participants :

- **113** participants ont rempli le questionnaire de satisfaction soit un taux de retour d'un peu moins de **50 %** des participants.
- **Tous les professionnels** sont satisfaits ou très satisfaits de l'organisation générale.
- Seules **deux personnes** sont peu satisfaites des repas et du lieu.

## Organisation générale

	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS DU TOUT SATISFAIT
Accueil et organisation générale	93 %	7 %	-	-
Le lieu	91 %	8 %	1 %	-
Les repas	77 %	22 %	1 %	-
Satisfaction globale	69 %	31 %	-	-

- Une très grande majorité de professionnels considère que ces deux jours leur ont permis d'atteindre leurs objectifs de **mise à jour des connaissances et de partage de pratiques**.
- Seules **deux personnes** étaient peu satisfaites des échanges autour des pratiques et du rôle de chacun des membres de l'équipe soignante.

## Atteinte des objectifs

	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS DU TOUT SATISFAIT
Mettre à jour les connaissances professionnelles à partir des recommandations des sociétés savantes	68 %	32 %	-	-
Échanger autour des pratiques et du rôle de chacun des membres de l'équipe soignante	55 %	43 %	2 %	-

Merci aux répondants pour ces retours positifs !

[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 :

Dr Philippe GILLARD

Rédaction :

N. BANASZKIEWICZ, R. COLLIN, M. HERAULT, M. OLIVIER, L. RIVIER, V. ROUGER.  
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)