Evénements Indésirables Graves
Rapport 2022

Novembre 2023

Pas de diffusion publique en dehors des cellules qualités de vos établissements.

Réseau sécurité naissance
3 rue Marguerite Thibert
44 200 Nantes
Tél 02 40 48 55 81
Fax 02 40 12 40 72
E-mail coordination@reseau-naissance.fr
Site Internet http://www.reseau-naissance.fr/

Sommaire

Sommaire **2**

Rédaction du rapport d'analyse **2**

Procédure de déclaration des événements graves **3**

Résultats **4**

A. Participation 4

B. Evénements graves obstétricaux 6

1. Focus sur les hémorragies graves du post-partum 7

2. Accouchements à domiciles non consentis 9

3. Admissions en soins critiques 10

4. Décès maternels 10

C. Evénements graves néonataux 11

1. Out Born 12

2. Encéphalopathies anoxo-ischémiques 13

3. Syndrome de détresse respiratoire après 36 SA 13

4. Malaise grave du Nouveau-né en maternité. 14

5. Mort Fœtale in utéro et Nouveau-nés décédés 14

Conclusion **15**

Acronymes **16**

Annexes **17**

Rédaction du rapport d'analyse

N. Banaszkiewicz, R. Collin, M. Hérault, G. Leduc - RSN

Nous tenons à remercier les maternités et services de néonatalogie déclarants ayant participé.

Procédure de déclaration des événements graves

Depuis 2011, il est proposé aux professionnels de déclarer au réseau des **événements graves, associés ou non aux soins, dans une démarche collective de gestion des risques**. Ces déclarations sont recensées et analysées par le Réseau Sécurité Naissance et donnent lieu ensuite à l'élaboration d'un rapport annuel. Ce rapport est destiné à être diffusé aux professionnels de la périnatalité de la région et à être partagé aux cellules qualités des établissements déclarants afin d'optimiser le partage des informations.

Tous les événements indésirables méritent d'être analysés par les professionnels de santé afin de comprendre les raisons de leur survenue et de trouver des axes d'amélioration. Les événements graves permettent, également, de développer un partage d'expérience au niveau régional. En effet, les déclarations recensées par le réseau sécurité naissance peuvent servir de support à l'organisation du staff inter maternité et des revues de mortalité et de morbidité.

Les déclarations d'évènements au Réseau Sécurité Naissance n'ont pas vocation à être transmises, par le réseau, à l'ARS. **Il appartient aux établissements/professionnels/ de déclarer certains de ces évènements, via le « portail » national de déclaration** : www.signalement-sante.gouv.fr : « les évènements graves, liés aux soins, évènements inattendus, au regard de l'état de santé et de la pathologie, et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent (...) ». Le circuit de l'information vers l'ARS, en interne et en externe, est à définir dans chaque établissement avec la cellule qualité. L'objectif étant d'être dans une synergie des différentes démarches, au profit de l'amélioration de la qualité des soins grâce à la mise en place d'analyse voire d'actions correctrices et d'axes d'amélioration.

Une liste d'évènements à déclarer au Réseau Sécurité Naissance (événements indésirables graves associés à des soins, évènements inattendus graves, évènements porteurs de risque) est proposée via des **fiches standardisées de déclaration.** Dans chaque établissement, un membre de l'équipe est responsable d'adresser au Réseau Sécurité Naissance les fiches d'Evénements Indésirables Graves. Il s'agit d'une déclaration volontaire, sous couvert d'anonymat et non exhaustive.

En décembre 2020, les fiches déclaratives ont été modifiées afin d'en simplifier leur utilisation auprès des déclarants. A ce jour, 2 fiches déclaratives sont utilisées dans le cadre du suivi des événements graves associés aux soins (cf. fiches en annexe) :

- Une fiche d'événements graves obstétricaux sur laquelle a été ajouté la déclaration des accouchements à domicile non consentis ;
- Une fiche d'événements graves néonataux dans laquelle a été rappelé le souhait de déclaration des nouveau-nés décédés (MFIU, Décès en per-partum, décès en salle de naissance et décès en néonatalogie) ;

Ces fiches sont téléchargeables via le site du Réseau Sécurité Naissance : https://www.reseau-naissance.fr/fiches-declaratives/

Résultats

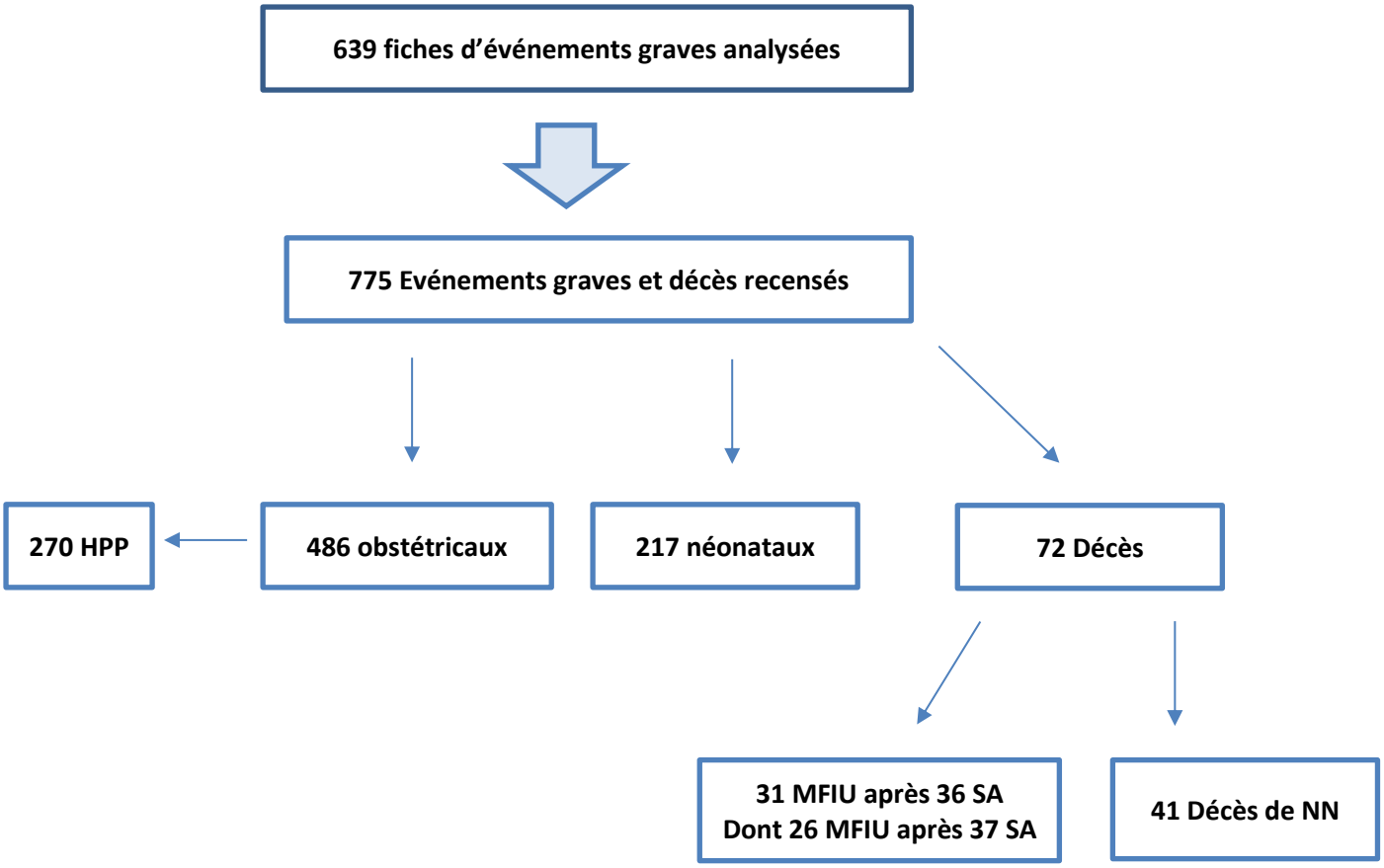
A. Participation

En 2022, 663 fiches d'événements graves ont été transmises au Réseau Sécurité Naissance.
639 fiches ont été analysées après exclusion de :

- 20 fiches dont les critères déclaratifs ne correspondaient pas, après analyse, à ceux définis par le Réseau Sécurité Naissance ;
- 4 fiches qui ont été déclarées en doublon par 2 établissements différents.

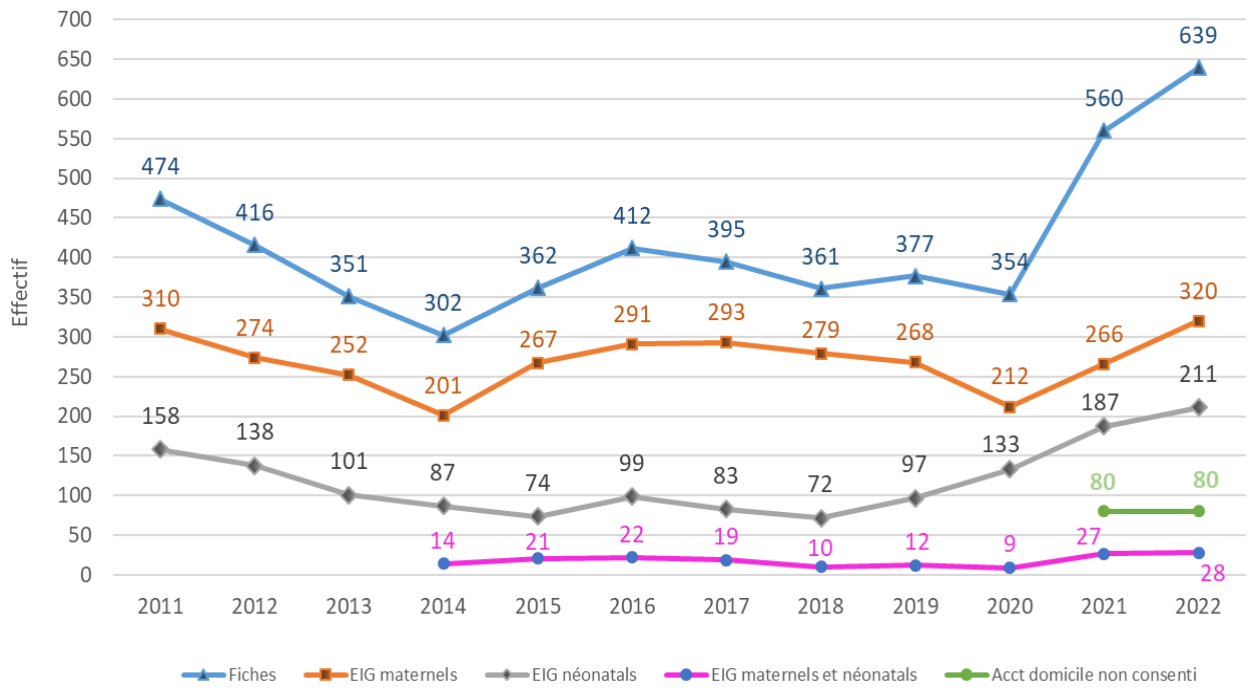
Il est à noter que plusieurs événements graves peuvent être spécifiés pour une même patiente.

Figure 1 : Flow chart – 2022



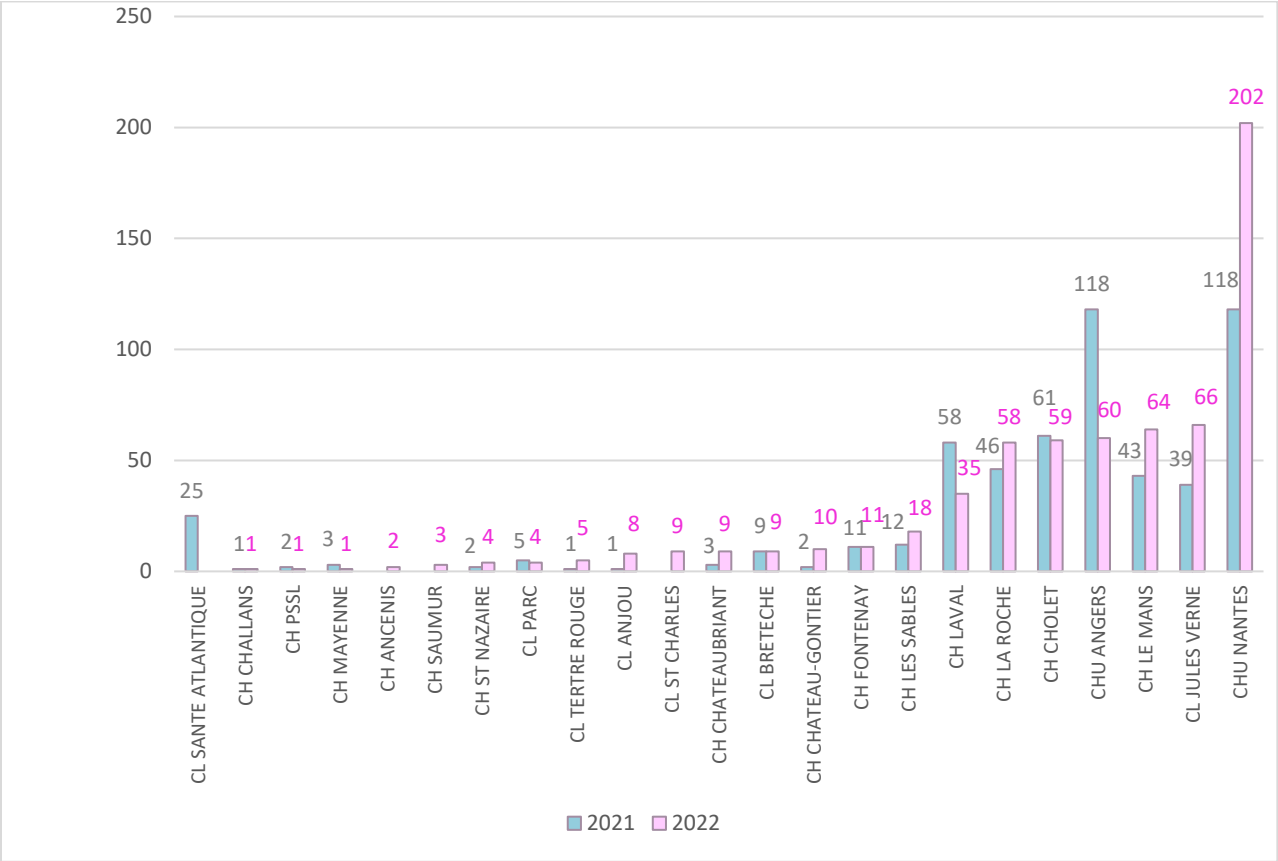
On constate une augmentation de 14.1 % des fiches analysées.
Cette augmentation concerne essentiellement les événements graves sur le CHU de Nantes en raison d'une amélioration du circuit déclaratif. Les CH d'Ancenis, CH de Saumur et la CL St Charles ont déclaré en 2022 des événements indésirables graves contrairement à 2021 où aucun événement n'avait été déclaré.
Par contre, concernant les CHU d'Angers et le CH de Laval, nous constatons une diminution de leur déclaration voire même une absence de déclaration pour la CL Santé Atlantique (cf. figure3).

Figure 2 : Nombre de fiches d'événements graves analysées



22 établissements sur 23 ont déclaré au réseau au moins un événement grave en 2022 (20 en 2021).

Figure 3 : Evolution entre 2021 et 2022 des événements graves déclarés par les établissements



B. Evénements graves obstétricaux

Figure 4 : Evénements graves obstétricaux déclarés en 2022

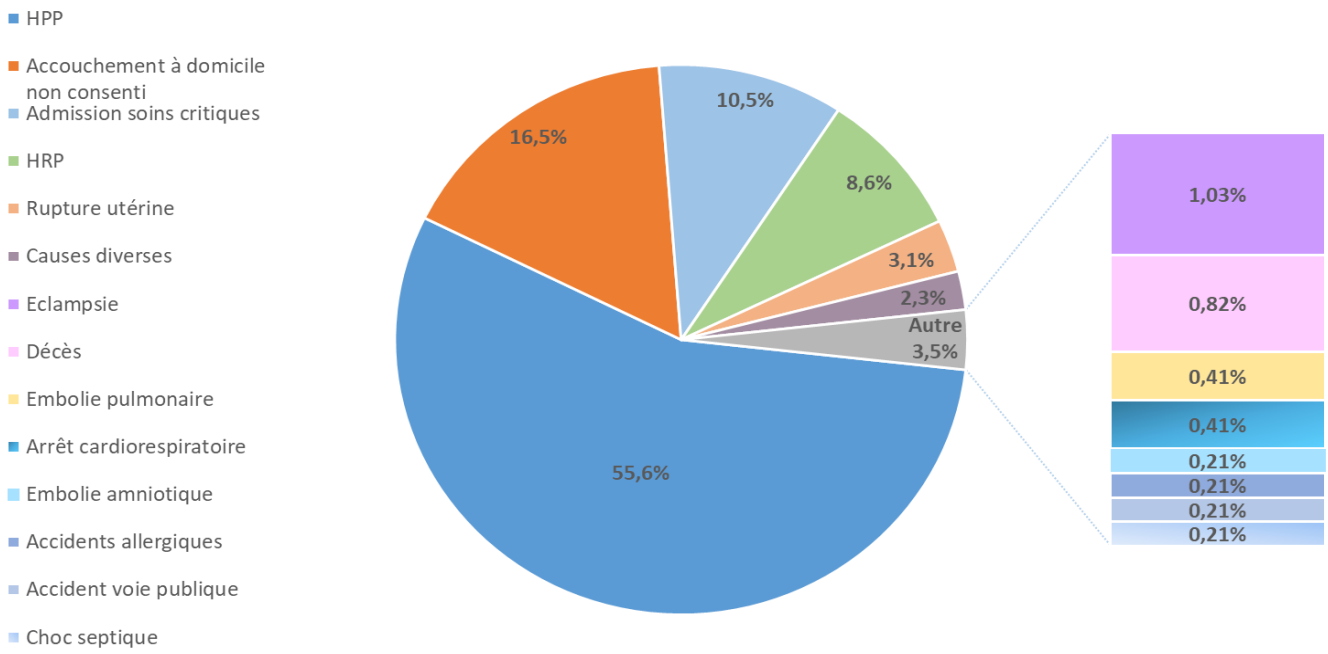


Tableau I : Evolution des événements graves maternels déclarés de 2017 à 2022

Effectifs	2022	2021	2020	2019	2018	2017
HPP	**270**	**220**	**175**	216	238	259
Accouchement à domicile non consenti	**80**	**80**	**/**	/	/	/
Admission soins critiques	**51**	**49**	**28**	24	17	12
HRP	**42**	**35**	**22**	25	19	20
Rupture utérine	**15**	**14**	**11**	6	11	11
Autre	**11**	**12**	**6**	6	2	2
Eclampsie	**5**	**11**	**5**	1	2	6
SHAG/SHU	**0**	**3**	**3**	5	2	1
Décès	**4**	**0**	**2**	6	3	0
Erreurs médicamenteuses	**0**	**2**	**1**	0	1	0
Accident allergique grave	**1**	**1**	**0**	2	1	4
Streptocoque A	**0**	**0**	**0**	2	0	0
Convulsions (hors éclampsie)	**0**	**0**	**0**	1	0	0
Choc septique	**1**	**0**	**0**	1	3	0
Embolie amniotique	**1**	**1**	**0**	1	2	4
Embolie pulmonaire	**2**	**2**	**0**	1	0	0
Accident de la voie publique	**1**	**0**	**0**	1	0	0
Arrêt cardio respiratoire	**2**	**0**	**0**	0	3	1
Total	**486**	**430**	**253**	**298**	**304**	**320**

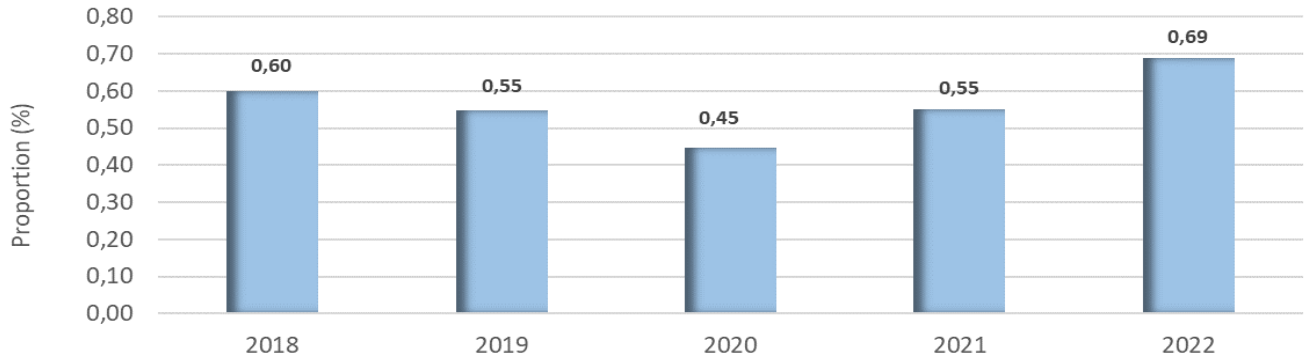
1. Focus sur les hémorragies graves du post-partum

Le suivi des « HPP graves », au sein de chaque maternité, est essentiel car cela correspond à un marqueur de qualité des soins en obstétrique. Il convient de rappeler que, dans le dernier rapport de ENCMM (Rapport de 2021 sur le triennum 2013-2015), les hémorragies obstétricales ne sont plus la première cause de mortalité maternelle même si elles restent une cause préoccupante de morbi-mortalité en France (1,0 ‰ naissance). Même si la mortalité par hémorragie obstétricale a été divisée par deux en quinze ans, les HPP sévères **restent la première indication obstétricale d'hospitalisation en réanimation.**

Les hémorragies du post-partum (HPP) déclarées au réseau sont les HPP graves avec plus de 1 500 ml ; ou celles avec transfusions ou un geste « marqueur » (chirurgie, embolisation). Dans la littérature, leur incidence est de 2 %.

Au total, 270 HPP graves ont fait l'objet d'une fiche spécifique de déclaration (220 en 2021).

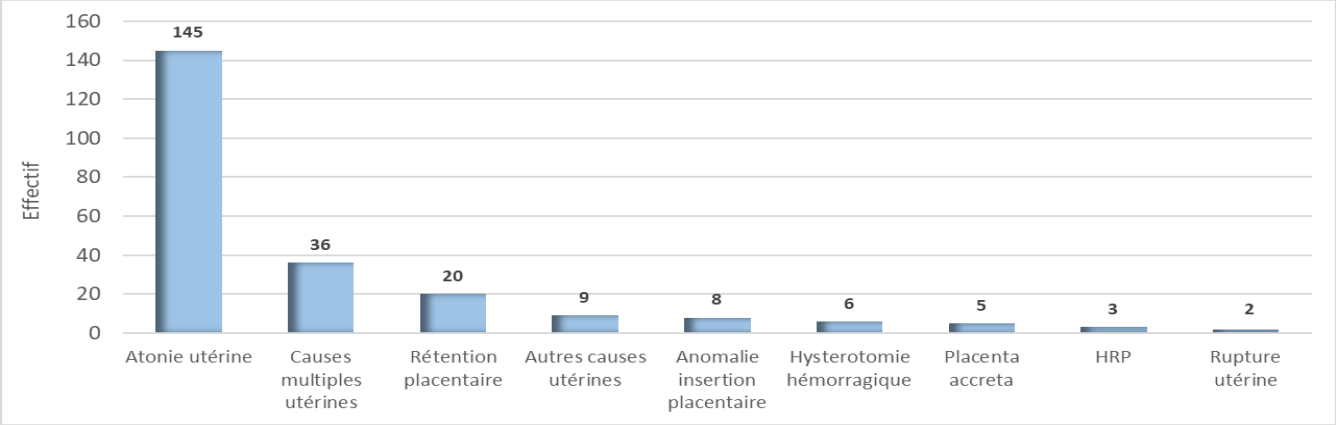
Figure 5 : Evolution du taux d'HPP déclarées depuis 2018



➢ **Etiologie.1**

Une cause utérine est signalée dans 86,7 % des cas renseignés (234 cas).
L'atonie utérine est la principale cause d'HPP relevée (53,7 %) tout comme dans les études en population (*CNGOF*). Toutefois, selon le dernier rapport de CNEMM (Rapport de 2021 sur le triennum 2013-2015), la mortalité par hémorragie obstétricale due à l'atonie utérine est de 0,2 ‰ naissances.

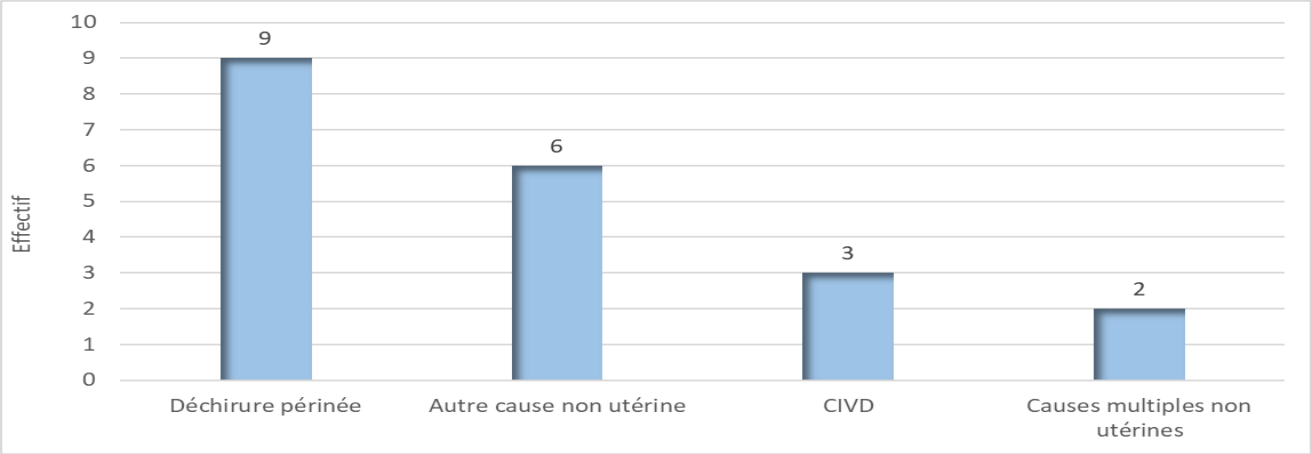
Figure 6 : Causes des HPP d'origine utérine en 2022



NB : plusieurs causes peuvent être notifiées pour une même HPP

Une cause non utérine est notifiée dans 7,4 % des cas renseignés (n=20).
Concernant les 3 HPP ayant pour origine une CIVD, elles ont fait suite à des complications obstétricales à savoir un HELLP Syndrome, un choc septique et une mort fœtale in-utéro.

Figure 7 : Causes des HPP d'origine non utérines seules en 2022



NB : plusieurs causes peuvent être notifiées pour une même HPP

Dans 15 dossiers (5,6 % des dossiers renseignés), les **causes étaient à la fois utérines et non utérines**.

- **Prise en charge.**

  - *Traitements médicamenteux*

En analysant les éléments de prise en charge des hémorragies du post-partum graves déclarées, nous constatons toujours un recours plus important des traitements médicamenteux dans la prise en charge des hémorragies graves du post-partum à l'exception des transfusions sanguines qui sont en légère diminution :

- 69,3 % de dossiers pour lesquels il y a eu recours au Sulprostone (Nalador® prostaglandineE_2 synthétique) (61,4 % en 2021) ;
- 83,0 % des prises en charge ont bénéficié de l'utilisation d'acide tranexamique (Exacyl® anti fibrinolytique) (74,1 % en 2021) ;
- 18,2 % de notifications de Fibrinogène (18,2 % en 2021) ;
- 51,9 % des femmes ont été transfusées (57,3 % en 2021) ;

  - *Ballon de tamponnement intra utérin*

Le taux de déclaration d'utilisation du **ballon de tamponnement intra utérin,** après avoir été multiplié par 1,5 en 4 ans, a tendu vers une certaine stabilité depuis 2019 mais il est, depuis 2020, en augmentation de façon significative (p=0.0039).
Au total, 87 ballons intra-utérins ont été posés soit 32.2 % des femmes avec une HPP sévère (19,5 % en 2021). A la suite de l'utilisation des ballons intra-utérins, ont été déclarés :

- 9 cas d'un traitement chirurgical conservateur ;
- 6 cas d'une embolisation ;
- 5 cas d'une hystérectomie ;
- 4 cas de ligature des artères hypogastriques.

- *Chirurgie et embolisation*

34 patientes ont bénéficié d'une **chirurgie** conservatrice et 9 d'une hystérectomie. Le taux d'hystérectomie, rapporté aux HPP déclarées, a tendance à diminuer, de manière non significative, en 2022 (3.3 % en 2022, 5,0 % en 2021 et 4,6 % en 2020).
8 patientes ont été **embolisées** soit 3,0 % des dossiers (1,8 % en 2021). Elles l'ont toutes été après un échec de Nalador® et 6 ont bénéficié d'un ballon de tamponnement intra utérin. 2 cas ont été suivis d'une hystérectomie.

- **Transfert :**

Parmi les 270 HPP déclarées, 34 femmes ont été transférées dans un service de soins continus soit 12,6 % (11,4 % en 2021) et 4 dans un autre établissement soit 1,5 % (3,6 % en 2021).
Dans le dernier rapport de CNEMM (Rapport de 2021 sur le triennum 2013-2015), les hémorragies obstétricales restent la première indication obstétricale d'hospitalisation en réanimation.

2. Accouchements à domiciles non consentis

Terme moyen : 38+4 SA avec médiane à 39+4 SA (+/- 3,43).

L'ensemble des patientes présentaient une grossesse singleton.
1 patiente n'a pas bénéficié de suivi médical au cours de la grossesse en raison d'un de déni de grossesse.

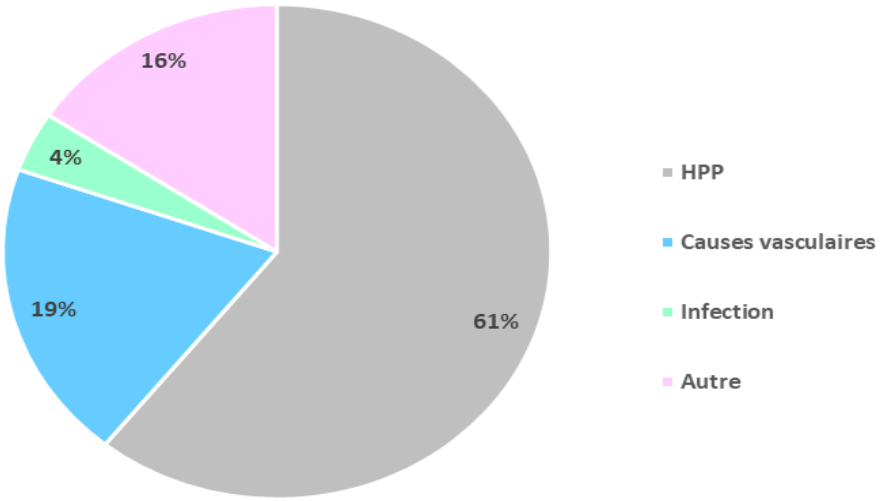
82,5 % des accouchements à domiciles non consentis déclarés se sont déroulés, après 37 SA, sans aucune complication.

Toutefois, pour 9 dossiers nous pouvons noter :

- 3 patientes qui ont accouché prématurément à domicile : une à 24 SA avec enfant décédé (contexte obstétrical de RPM), une à 25 SA avec enfant décédé (HRP) et une à 30 SA.
- 2 nouveau-nés qui ont été hospitalisés suite à une détresse respiratoire, nés respectivement à 39 et 40 SA, dont l'un dans un contexte de liquide amniotique méconial.
- 2 nouveau-nés, nés à 40 SA, qui ont été hospitalisés dans un contexte de sevrage :
    - Une patiente sous psychotropes pendant la grossesse ;
    - Une patiente présentant une poly addiction.
- 1 nouveau-né, né à domicile à 40 SA, a présenté une encéphalopathie anoxo-ischémique ayant nécessité une mise en hypothermie.
- 1 patiente a présenté secondairement une hémorragie du post-partum, « non grave » au vu des critères définis par le Réseau Sécurité Naissance, et d'évolution favorable.

3. Admissions en soins critiques

Figure 8 : Indications des admissions en soins critiques en 2022



Les causes « autres » regroupent :

- 2 patientes présentant une cardiopathie (une opérée avant la grossesse nécessitant une ECMO et une cardiopathie peri-partum découverte à 38 SA justifiant une césarienne à 39 SA).
- 1 patiente ayant subi un accident de la voie publique à 19 SA, déchoquée aux urgences puis césarisée avec un tableau de rupture utérine (enfant décédé non viable).
- 1 syndrome de déshydratation sévère avec tableau de malnutrition dans un contexte de vomissements incoercibles ayant entrainé une césarienne à 34 SA pour anomalies du RCF.
- 1 patiente avec découverte, au cours d'une césarienne à 40 SA pour altération du RCF en cours de travail, d'un anévrysme de l'artère splénique avec hémopéritoine ayant nécessité une splénectomie.
- 1 syndrome occlusif après une césarienne réalisée à 40 SA pour échec de déclenchement (rupture prématurée des membranes et liquide amniotique teinté).
- 1 embolie pulmonaire à J1 d'un déclenchement à 39 SA pour hydramnios sans étiologie.
- 1 patiente présentant un AVC ischémique en post-partum immédiat (naissance à 22 SA avec MFIU).

4. Décès maternels

Pour rappel :

Les décès maternels sont, par ailleurs, signalés par le Réseau Sécurité Naissance auprès de l'INSERM via une fiche standardisée afin d'alimenter les données de l'Enquête Nationale Confidentielle de Mortalité Maternelle ENCMM.

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

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

IMPARABLE :

- Patiente de 42 ans ayant présenté un arrêt cardio respiratoire en salle opératoire lors d'une césarienne à 36+4 SA. Autopsie attestant d'une embolie amniotique.
- Patiente de 29 ans avec grossesse gémellaire monochoriale qui a été hospitalisée pour syndrome transfuseur-transfusé ayant justifié 2 traitements par laser sous fœtoscopie. Elle a été ensuite hospitalisée pour MAP. A 29 SA (J1 de la sortie d'hospitalisation), arrêt cardio respiratoire à domicile avec MFIU. La patiente sera prise en charge par le SAMU, transférée en réanimation puis décédera dans un contexte d'embolie pulmonaire et de CIVD.
- Patiente de 39 ans ayant présenté un cancer du sein en 2011 et une hyperplasie de l'endomètre en 2019. Grossesse normale avec césarienne à 39 Sa pour altération du RCF. Consultation à 7 mois du post-partum pour dyspnée et ascite avec découverte d'un cancer généralisé et décès 48H après.

C. Evénements graves néonataux

Figure 9 : Evénements graves néonataux déclarés en 2022

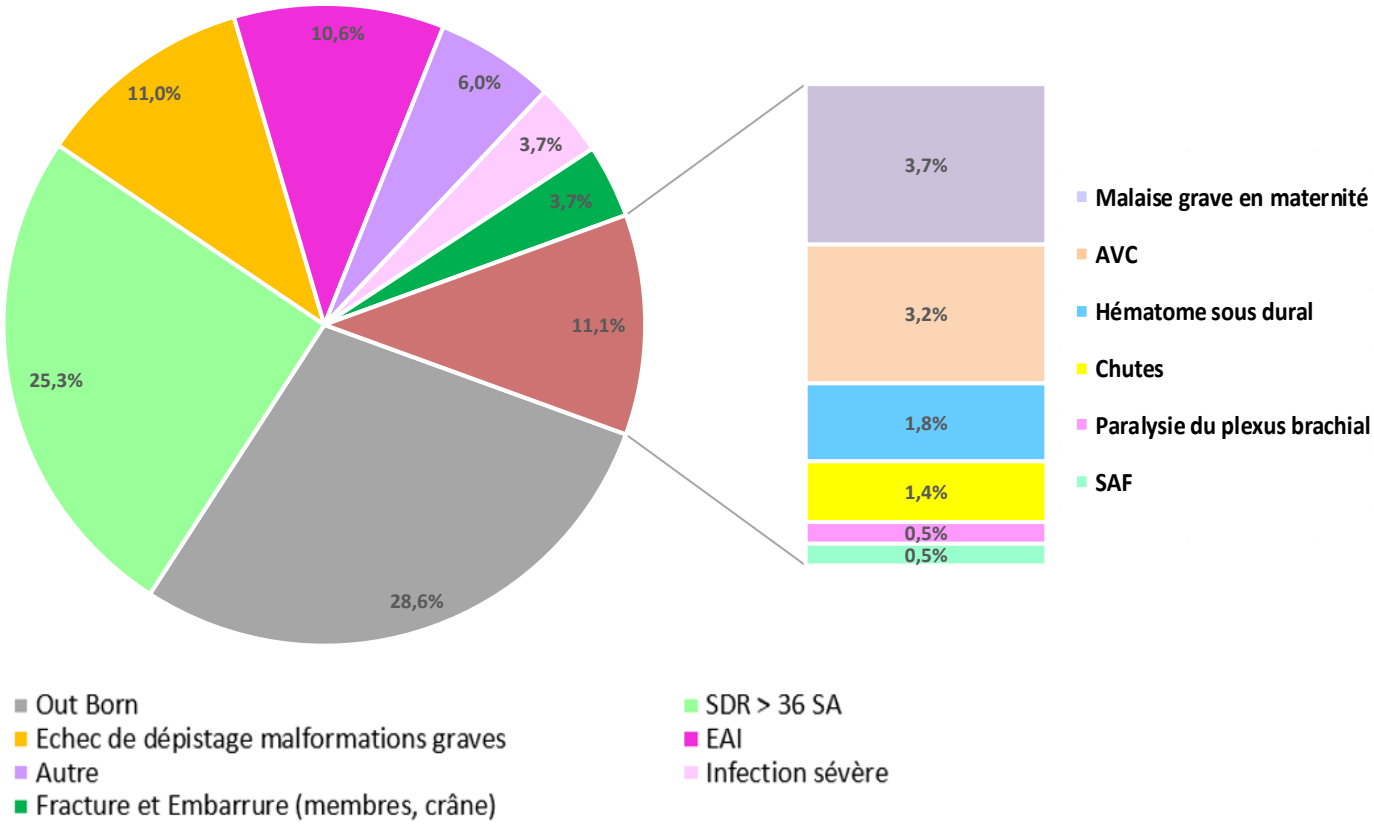


Tableau II : Evolution des événements graves néonataux déclarés de 2018 à 2022

Effectifs	2022	2021	2020	2019	2018
Out Born	**62**	**51**	**22**	18	14
EAI	**23**	**30**	**19**	23	28
SDR ≥ 36 SA	**55**	**26**	**19**	16	8
INBP sévère	**8**	**11**	**1**	1	4
Echec de dépistage malformations graves	**24**	**8**	**3**	5	5
Fracture et embarrure (membres, crâne)	**8**	**6**	**8**	5	5
AVC	**7**	**5**	**0**	1	0
Autre	**13**	**5**	**3**	4	2
Hématome sous dural	**4**	**4**	**3**	2	1
Paralysie du plexus brachial	**1**	**3**	**6**	3	3
Exsanguino-transfusion	**0**	**3**	**0**	0	2
Malaise grave du NN en maternité	**8**	**3**	**3**	1	1
SAF	**1**	**2**	**0**	0	0
Erreurs de médicaments	**0**	**1**	**2**	1	3
Chute	**3**	**1**	**0**	1	2
Total	**217**	**159**	**89**	**81**	**78**

1. Out Born

Le nombre **« Out Born »** déclaré au réseau poursuit son augmentation en 2022.

Parmi ces situations Out Born, en 2022, 44 semblent a priori non évitables (71,0 %) (échec de tocolyse, accouchement inopiné rapide, travail trop rapide pour permettre un transfert in utéro, césarienne pour altération du rythme cardiaque fœtal ou complications obstétricales découvertes lors d'une consultation et contre indiquant un transfert).

11 déclarations ne permettent pas – au vu des éléments renseignés- de les classifier en « évitables » ou en « non évitables ».

7 naissances « Out-Born » semblent évitables au vu des éléments transmis. On y retrouve essentiellement 2 situations cliniques :

- 4 patientes ont été hospitalisé pour des pathologies obstétricales puis ont accouché « Out-Born » peu de temps après leur sortie d'hospitalisation.
- 3 patientes ont accouché « Out Born » dans un contexte de transfert in utéro rendu impossible par manque de place dans un établissement de niveau supérieur ou par indisponibilité de mode de transport.

Le suivi de cet indicateur est à poursuivre, en termes d'exhaustivité, d'évolution, de localisation géographique puis d'analyse des causes.

Le suivi des nouveau-nés Out Born fait également partie des indicateurs de suivi par le PMSI.

Tableau III : Evolution du taux d'In Born en maternité de niveau 3 (indicateur ATIH (source PMSI))

Taux de NN en type 3 (%)					
Zonage	**2022**	**2021**	**2020**	**2019**	**2018**
F Métropolitaine	80,3	81,4	83,1	80,6	80,9
Pays de la Loire	80,5	84,6	84,8	83,3	85,9
Loire Atlantique	84,8	88,8	89,3	88,0	92,5
Maine et Loire	83,6	87,3	82,8	90,6	85,5
Sarthe	94,4	90,4	94,9	90,2	94,3

Naissances en maternité de niveau III (CHU Angers, CHU Nantes, CH Le Mans) des nouveau-nés vivants avec AG<32SA ou PN<1500g – et par définition ≥22 SA ou ≥ 500g

2. Encéphalopathies anoxo-ischémiques

Le nombre de déclarations des **encéphalopathies anoxo-ischémiques (EAI) en 2022** reste dans le même ordre de grandeur que celui observé depuis 2018.
Ces données sont relativement proches des données que l'on obtient via le PMSI, ce qui laisse envisager une bonne exhaustivité dans la déclaration de cet indicateur au Réseau Sécurité Naissance. Cet évènement reste un point de vigilance important en termes de suivi des données.

3. Syndrome de détresse respiratoire après 36 SA

26 nouveau-nés ont présenté une détresse respiratoire grave ayant justifié une intubation dans un contexte **d'inhalation de liquide amniotique** (20 avec un contexte de liquide méconial et 6 dans un contexte de liquide clair). 1 nouveau-né est né dans un contexte d'accouchement à domicile non consenti.

8 enfants sont nés dans un contexte d'asphyxie périnatale dont 2 ont également présenté une encéphalopathie anoxo-ischémique.

Dans 1 cas, le syndrome de détresse respiratoire est lié à une maladie des membranes hyalines chez un nouveau-né né à 37 SA.

3 enfants ayant présenté une détresse respiratoire grave sont nés dans un contexte infectieux et 8 dans un contexte de pathologies néonatales (4 pneumothorax, sténose valvulaire, transposition des gros vaisseaux, cardiopathie hypertrophique, syndrome polymalformatif associant une atrésie de l'œsophage de type 3 et une tétralogie de Fallot). 1 enfant est décédé au 10ème jour de vie dans un contexte de dysplasie alvéolo-capillaire et de naissance avec hyperthermie maternelle.

Pour 9 dossiers, l'étiologie du syndrome de détresse respiratoire n'a pas été identifiée.

4. Malaise grave du Nouveau-né en maternité.

8 nouveau-nés ont présenté un épisode à type de malaises au sein de leur séjour en maternité.
Ils sont tous nés après 37 SA.
Aucun de ces malaises n'a eu lieu en peau en peau avec l'un de ses parents.

Pour 5 d'entre eux, ce malaise a été le premier signe clinique ayant permis la découverte d'une pathologie sous-jacente (hématome cérébral, AVC, sténose valvulaire pulmonaire ou encore épilepsie).

Concernant les 3 autres nouveau-nés, les éléments transmis ne nous permettent pas de savoir si des axes d'amélioration auraient pu être identifiés :

- Enfant né par voie basse à 42+1 SA.
  Episode de cyanose péribuccale et désaturation à H10 de vie ayant nécessité la mise en place d'un support ventilatoire (O2 en lunettes) y compris à la sortie de la maternité. Même si des explorations complémentaires ont été réalisées, aucune étiologie n'a été retrouvée.
- Enfant né par césarienne pour disproportion materno fœtale à 39+3 SA.
  Plusieurs épisodes de malaises avec cyanose et hypotonie à J2. Malgré un transfert en niveau 3 et des explorations complémentaires, aucune étiologie n'a été retrouvée. L'enfant présentait toujours une hypotonie à la sortie de la maternité mais dans le suivi à plus long terme il ne présentait aucune anomalie de développement.
- Enfant né voie basse à 41 SA.
  Enfant ayant présenté une cyanose péribuccale avec un tirage costal lors de la 1ère mise au sein. Lors de la seconde mise au sein, il a également présenté un épisode de désaturation et des épisodes de toux. L'enfant a alors été transféré en niveau 3. Le bilan étiologique n'a retrouvé aucune cause pour ces épisodes de désaturation mais il a été retrouvé une fracture de la clavicule à la radiographie.

5. Mort Fœtale in utéro et Nouveau-nés décédés

Au total, 72 nouveau-nés décédés ont été recensés :

- 31 cas de MFIU après 36 SA **:** effectif est stable depuis 2019. 19 ont au lieu entre 36 et 39 SA, 11 entre 39 SA et 41 SA et une seule après 41 SA ;
- 5 enfants décédés en per partum entre 24+3 SA et 39+5 SA ;
- 6 décès en salle de naissance entre 30+0 SA et 38+3 SA ;
- 30 enfants décédés en service de néonatalogie dont :
  - 11 nés entre 24 et 27+6 SA ;
  - 2 nés entre 28 et 31+6 SA ;
  - 5 nés entre 32 et 35+5 SA ;
  - 12 nés après 36 SA .

Pour l'ensemble des ces données, des éléments plus précis pourront vous être donnés sur simple demande à la coordination du Réseau : coordination@reseau-naissance.fr.

Conclusion

Dans le cadre de ses missions d'appui et d'expertise, le réseau sécurité naissance effectue un recensement des évènements indésirables périnataux sur la base des déclarations adressées par les établissements. Chaque maternité de la région est encouragée à déclarer ces événements via 2 fiches de recueil que vous retrouverez sur le site du Réseau Sécurité Naissance :

- Une fiche centrée sur le versant obstétrique incluant les hémorragies du post-partum :
https://www.reseau-naissance.fr/medias/2021/12/Evenements-graves-a-declarer-Mere-Fiche-de-declaration-2022-VF.pdf

- Une seconde axée sur le versant fœtal / néonatal :
https://www.reseau-naissance.fr/medias/2021/12/Evenements-graves-a-declarer-NN-Fiche-de-declaration-2022-VF.pdf

Ce recensement est réalisé en parallèle de celui effectué par l'ARS, via le portail de déclaration des EIGs, conformément à l'obligation qui est faite aux établissements de déclarer à l'ARS leurs évènements indésirables graves associés aux soins (cf. : Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients).

Dans les deux cas, l'objectif de ces déclarations est d'inciter les professionnels à effectuer l'analyse des causes qui ont générées ces évènements indésirables, dans un objectif d'amélioration des pratiques et de réduction des risques.
Ces analyses sont le plus souvent conduites sous forme d'une Revue de Morbi-Mortalité (RMM) regroupant l'ensemble des catégories professionnelles concernées (Gynécologues-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes-réanimateurs, sages-femmes, puéricultrices, cadres, etc.). Une analyse globale et systémique de la situation est réalisée, prenant en compte tous les éléments ayant conduits à l'EIG (organisationnels, techniques et humains), et des mesures correctrices sont décidées. Tout établissement souhaitant un soutien ou un accompagnement ponctuel dans l'organisation d'une RMM peut contacter le Réseau Sécurité Naissance : coordination@reseau-naissance.fr.
Membre du Réseau Régional de Vigilances et d'Appui (RRéVA), le Réseau Sécurité Naissance participe également aux Réunions Régionales de Sécurité Sanitaire (RRSS) où sont étudiés les volets 2 des déclarations EIGs du portail ARS.
Cette vision régionale permet au Réseau Sécurité Naissance d'identifier des axes d'amélioration des pratiques, aux différents niveaux de traitement des EIG, et de poursuivre sa participation à la transmission de la culture juste de sécurité.
Fort de ce recensement régional, le Réseau est en capacité d'identifier des évènements récurrents et ainsi de jouer son rôle de veille et d'alerte auprès des établissements. Cette veille a déjà conduit à de nouvelles recommandations de bonne pratique pensées et travaillées avec les professionnels de terrain.

Acronymes

ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France
EAI	Encéphalopathie Anoxo-Ischémique
EIGs	Evénements Indésirables Graves
ERCF	Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal
HRP	Hématome Rétro-Placentaire
HTA	Hypertension Artérielle
IADE	Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat
INBP	Infection Néonatale Bactérienne Précoce
MAP	Menace d'Accouchement Prématuré
MAR	Médecins Anesthésistes Réanimateurs
MFIU	Mort Fœtale In Utero
NN	Nouveau-né
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RCIU	Retard de Croissance Intra Utérin
RMM	Revue de Morbi-Mortalité
RPC	Recommandations de Pratique Clinique
RSN	Réseau Sécurité Naissance
SA	Semaine d'aménorrhée
SAF	Syndrome d'Alcoolisation Fœtale
SDR	Syndrome de Détresse Respiratoire
SHAG	Stéatose Hépatique Aigue Gravidique
SHU	Syndrome Hémolytique et Urémique

Annexes

réseau sécurité naissance
NAÎTRE ENSEMBLE

OBST

Evénements Graves à déclarer - Fiche de déclaration 2021

Déclarant :
Nom : ..... Maternité : .....
Mail : .....

Date de naissance de la mère : ..... Age de la mère : .....

Grossesse et accouchement :
Lieu de Naissance (si différent du lieu de déclaration) : .....
Date de début de grossesse : ..... Terme : ..... SA
Date de de l'accouchement : ..... Heure de l'accouchement : .....
Naissance : Singleton Gémellaire I Triple I
Mode d'accouchement : Voie basse Césarienne Poids de naissance : g

Date de l'événement (*si différent de la date d'accouchement*) : .....
Evénements à déclarer au Réseau : *Evénements indésirables graves associés ou non à des soins, événements inattendus graves, événements porteurs de risque* (cocher la case de l'événement à déclarer) :

- Décès de la patiente
- Eclampsie
- Embolie pulmonaire, Embolie amniotique
- Hémorragie du Post Partum
  → Remplir les données de l'encadré ci-dessous
- HRP
- Rupture utérine
- SHAG, SHU
- Admissions en soins critiques (réanimation, soins continus)
- Erreurs de médicaments, de dispositifs médicaux (avec ou sans conséquences pour la mère)
- Autres évènements : .....

- Accident allergique grave
- Arrêt cardio respiratoire
- Accident voie publique grave
- Choc septique
- Infection à Streptocoque A
- Accouchement d'un nouveau-né « outborn »
- Accouchement à domicile NON consenti

Commentaires : .....
.....
.....
.....

Est-ce qu'une RMM devrait ou va être organisée autour de cet événement ? Oui Non Ne sait pas
Souhaitez-vous un appui du RSN pour organiser une RMM ? Oui Non Ne sait pas

Hémorragie du Post Partum (≥ 1500 ml et/ou avec transfusion, chirurgie conservatrice, hystérectomie d'hémostase, embolisation artérielle):
Date du début hémorragie : ..... Heure du début hémorragie : .....
Causes :
Atonie utérine Déchirure périnée (dont épisiotomie) Déchirure du col
Placenta prævia Placenta accréta Rétention placentaire
Rupture utérine Thrombus
Autre cause : .....
Pertes totales estimées : cc
Méthode de mesure :
Sac de recueil Pesée des pertes Bocaux d'aspiration Mesure subjective (au jugé)
Hémoglobine : Avant l'accouchement : .....g/dl La plus basse : ..... g/dl
Transfusion : Oui Non
Nombre de CG : |_|_| PFC |_|_| Culots plaquettaires |_|_|
Prise en charge médicamenteuse :
Sulprostone (Nalador®) Oui I Non I Si oui, heure d'administration : |_|_|_|H|_|_|_| min
Acide tranexamique (Exacyl®) Oui Non Si oui, heure d'administration : |_|_|_|H|_|_|_| min
Fibrinogène Facteur VIIa recombinant (Novoseven®)
Prise en charge médico-chirurgicale :
DA RU
Examen sous valves Suture (col, vagin, épisiotomie)
Ballonnet intra-utérin Chirurgie conservatrice (ligatures artérielles et/ou plicatures)
Ligatures des hypogastriques Hystérectomie d'hémostase I Embolisation
Transfert de la mère :
Dans un service de soins critiques (réanimation, soins continus) : Oui I Non
Dans un autre établissement : Oui Non

Le Réseau « Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire - fiche EIG version du 12/10/2020

3, rue Marguerite Thibert – 44200 NANTES - Tel 02 40 48 55 81 – Fax 02 40 12 40 72 – nathalie.banasbiewicz@reseau-naissance.fr

réseau sécurité naissance
NAÎTRE ENSEMBLE

NN/Fœtus

Evénements Graves à déclarer - Fiche de déclaration 2021

Déclarant :
Nom : ..... Maternité : .....
Mail : .....

Grossesse et accouchement (A remplir obligatoirement) :
Lieu de Naissance (si différent du lieu de déclaration) : .....
Date de début de grossesse : ..... Terme : ..... SA
Date de de l'accouchement : ..... Heure de l'accouchement : .....
Naissance : Singleton Gémellaire ı Triple ı
Mode d'accouchement : Voie basse Césarienne
Poids de naissance : ..... g
Sexe : Garçon _ Fille L

Evénements à déclarer au Réseau (cocher la case de l'événement à déclarer) :
Evénements indésirables graves associés ou non à des soins, événements inattendus graves, événements porteurs de risque.

EVENEMENTS INDESIRABLES NEONATAUX :

(Pouvant être concomitant avec un décès néonatal ou fœtal) :

Date de naissance de la mère : ..... Age de la mère : .....
Date de l'événement (*si différent de la date d'accouchement*) : .....

- ☐ Encéphalopathie anoxie-ischémique (avec mise en hypothermie ou décès)
- ☐ Détresse respiratoire grave intubée ≥ 36SA
- ☐ Fractures (membres, crâne)
- ☐ Hématome sous dural
- ☐ Infection néonatale grave (méningite, sepsis, etc.)
- ☐ Chutes
- ☐ Exsanguino-transfusion
- ☐ Naissance « Outborn »
- ☐ Echec de dépistage d'une malformation grave
- ☐ Paralysie du plexus brachial
- ☐ AVC
- ☐ Erreurs de médicaments, de dispositifs médicaux (avec ou sans conséquence pour le nouveau-né)
- ☐ Malaise grave du nouveau-né en maternité
- ☐ Syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF)
- ☐ Autres évènements : .....

Commentaires : .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Est-ce qu'une RMM devrait ou va être organisée autour de cet événement ? Oui Non Ne sait pas
Souhaitez-vous un appui du RSN pour organiser une RMM ? Oui _ Non _ Ne sait pas _

DECES NEONATAL OU FOETAL (≥ 22 SA) :

- ☐ Décès en per-partum
- ☐ Décès en salle de naissance
- ☐ Décès en unité de néonatologie
- ☐ Interruption médicale de grossesse
- ☐ Mort fœtale in utéro

Date du décès : ..... Heure du décès : .....

Corticoprophylaxie : Faite (2 injections) ☐ Faite (1 injection) ☐ Non faite ☐ Inconnu ☐
Sulfate de magnésium : Fait ☐ Non fait ☐ Inconnu ☐
Soins palliatifs : oui ☐ non ☐
Discussion anténatale avec les parents : oui ☐ non ☐
Décision de limitation ou arrêt des thérapeutiques actives LATA :
En anténatal (par ex choix d'absence d'ERCF) ☐
En post natal ☐

Le Réseau « Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire - fiche EIG version du 12/10/2020

3, rue Marguerite Thibert – 44200 NANTES - Tel 02 40 48 55 81 – Fax 02 40 12 40 72 – nathalie.banasiakiewicz@reseau-naissance.fr