



## Choisir sagement...

Une instruction de la DGOS en date du 3 juillet de cette année actualise les missions des réseaux de santé en périnatalité<sup>(1)</sup>. Ce nouveau texte consolide opportunément la position des réseaux en insistant notamment sur la nécessité d'une couverture nationale respectant le découpage par régions. Cependant, en élargissant le champ de la périnatalité depuis « l'accès à la contraception, le désir d'enfant » jusqu'à « l'établissement des premiers liens, les premiers mois de la vie du nourrisson », il les convoque sur de nouvelles thématiques.

Ainsi, il n'est plus étonnant de voir en partie déléguées aux réseaux de périnatalité des priorités nationales telles que l'amélioration de l'accès à l'IVG, la coordination de l'accompagnement des « femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité ». L'IVG s'est inscrite au programme des Journées Scientifiques et sur notre agenda des prochains mois.

Le texte a également le mérite de répondre à une inquiétude souvent évoquée au cours des réunions du bureau ou du conseil d'administration. On peut y lire entre les lignes que les réseaux n'ont pas vocation à faire la police dans l'offre de soins, leur rôle se borne à signaler les fragilités voire les dysfonctionnements dont ils ont connaissance. En fonction des besoins et des circonstances, ils peuvent « apporter une aide méthodologique pour l'amélioration d'une structure ». La répartition des tâches est claire.

La formation et l'amélioration des pratiques professionnelles font l'objet d'un long chapitre. Les réseaux y sont invités à devenir organisme de DPC, mais c'est déjà le cas pour le nôtre. L'analyse et l'amélioration des pratiques professionnelles sont mises en avant.

Ce dernier sujet me donne l'occasion de présenter une initiative originale : le comité américain de médecine interne (ABIM) a lancé en 2012 une consultation auprès des sociétés savantes nord-américaines leur demandant un hit-parade (top 5 ou top 10 !) des examens et procédures courants les plus discutables, chacun dans leur spécialité. 70 ont accepté l'exercice<sup>(2)</sup>. L'un des objectifs de « Choosing Wisely » était de faciliter la discussion entre patients et professionnels pour privilégier les procédures étayées par des preuves, non redondantes, sûres, clairement nécessaires... et renoncer aux autres.

Il ne vous sera sans doute pas indifférent de savoir comment ont répondu nos confrères dans les spécialités qui nous concernent. « And the winner is... ».

Pour la « Society for Maternal-Fetal Medicine » il ne faut :

- 1 Pas de recherche de thrombophilie congénitale pour fausses-couches à répétition, RCIU, pré-éclampsie, hématome rétro-placentaire.
- 1 Pas de cerclage pour col court en cas de grossesse gémellaire.
- 1 Pas de diagnostic prénatal non invasif pour les patientes à faible risque.

Pour le Collège Américain des Obstétriciens, c'est la césarienne élective avant 39 semaines qui arrive en tête.

Pour l'Académie Américaine de Pédiatrie, les recommandations ne concernent pas toutes le nouveau-né. On y trouve cependant en deuxième partie de liste une condamnation des corticothérapies à fortes doses en prévention de la dysplasie broncho-pulmonaire, des médicaments dans le reflux gastro-œsophagien non compliqué et de l'utilisation du monitoring à domicile pour la prévention de la mort subite inattendue du nourrisson.

La campagne a eu un bon retentissement médiatique mais l'histoire ne dit pas encore si ce type d'approche est efficace. Une première analyse sur quelques items plus facilement mesurables donne des résultats contrastés. Les auteurs, déçus, mettent principalement en cause quelque chose que nous ne connaissons pas de ce côté de l'Atlantique : l'inertie !

### Dr Jean-Pierre Brossier

Président du Réseau Sécurité Naissance - Naître ensemble

(1) [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/07/cir\\_39846.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/07/cir_39846.pdf)

(2) <http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/> Les généticiens, les infirmières, les médecins généralistes ont aussi donné leur avis sur des sujets de périnatalité.

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 2016.....2

Actu médicaments .....3

Conseils pour la lecture des marqueurs sériques maternels lors du dépistage de la Trisomie 21.....4

Quizz diabète gestationnel .....5

Résultats de l'évaluation du dépistage de la Trisomie 21 dans les Pays de La Loire en 2014.....6

Indicateurs d'activité 2014 recueillis par le RSN .....7

Messages clés à retenir du staff inter maternités 2015 .....8-9

Transferts maternels organisés par la cellule d'orientation des Pays de la Loire..... 10-12



Evaluation systématique de l'audition en maternité ..... 13-14

Nous avons lu, vu en périnatalité... .....15-16

# Agenda 2016

## Commissions

- **COFIL Grandir ensemble** : mardi 8 décembre de 14 h 30 à 17 h 30 au CHU d'Angers.
- **IVG** (groupe commun RSN/RRSS) : mardi 15 décembre de 14 h à 17 h au CHU d'Angers.
- **Parentalité/vulnérabilité** : jeudi 7 janvier 2016 de 14 h à 17 h à Nantes.
- **Sages-Femmes** : mardi 12 janvier 2016 de 14 h à 17 h à Nantes.
- **Psychologues** : mardi 12 janvier 2016 de 10 h à 12 h au CHU d'Angers.
- **Allaitement maternel** : jeudi 14 janvier 2016 de 14 h à 17 h à Nantes.
- **Pédiatres et Puéricultrices** : mardi 19 janvier 2016 de 14 h à 17 h à Nantes.
- **Addictions** : mardi 2 février 2016 de 14 h à 17 h à Nantes.
- **Anesthésistes** : jeudi 25 février 2016 de 15 h à 17 h 30 à Nantes.
- **Obstétriciens** : vendredi 18 mars 2016, après la journée HPP à Nantes.
- **Audition** : jeudi 2 juin 2016 de 14 h à 17 h au CHU d'Angers.



## Journées régionales

- **Revue de Morbi-Mortalité pour les sages-femmes libérales** : jeudi 10 décembre 2015 de 16 h 30 à 21 h à Nantes.
- **Journée régionale des Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal** le 15 janvier 2016 au Centre des Congrès du Mans.  
*Thème : Le cœur.*
- **Journée de formation pour les nouveaux médecins référents Grandir Ensemble** le vendredi 29 janvier 2016.
- **Journée régionale de la parentalité** le jeudi 4 février 2016 au CHU d'Angers.  
*Thème : Violences intra familiales en périnatalité.*
- **Journée annuelle de formation pour les médecins référents Grandir Ensemble** le jeudi 3 mars 2016 à Angers ou le mardi 8 mars 2016 à Nantes.
- **Journée régionale Hémorragie du post-partum** le vendredi 18 mars 2016 à Nantes.  
Les dernières RPC en pratique : séances plénières et ateliers.
- **Journée régionale Allaitement maternel** le jeudi 12 mai 2016 à Nantes.
- **Formation à l'entretien motivationnel** assurée par l'AFDEM du 1<sup>er</sup> au 3 juin 2016 à Nantes.



## Sessions de formations

- **Suivi du nouveau-né dans le premier mois de vie** (formation pour les médecins généralistes).
- **Réanimation du nouveau-né en salle de naissance par la simulation.**
- **Situations de crise en obstétrique par la simulation.**

Consulter les dates sur notre site Internet : [www.reseau-naissance.fr](http://www.reseau-naissance.fr), rubrique : « nos journées de formations ».

# Actu médicaments

Anne-Sophie Coutin

## Renforcement des conditions de prescription et délivrance des spécialités à base de Valproate et dérivés (Dépakine®, Dépakote®, Dépamide®, Micropakine® et génériques) chez les adolescentes, les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes du fait des risques liés à leur utilisation pendant la grossesse.

Ces spécialités ne doivent plus être prescrites, sauf en cas d'échec ou d'intolérance aux autres traitements. La prescription initiale est désormais réservée aux spécialistes en neurologie, psychiatrie ou pédiatrie, et requiert le recueil d'un accord de soins après information complète de la patiente et de son représentant légal si mineure ou protégée par la loi.

Le renouvellement peut être effectué par tout médecin, dans la limite maximale d'un an, au terme duquel le rapport bénéfice/risque du traitement doit être réévalué par le spécialiste. Une contraception efficace doit être associée en cas de traitement.

Pour toute délivrance du médicament par le pharmacien la patiente doit présenter la prescription initiale annuelle du spécialiste et l'accord de soins signé dès à présent pour toute initiation de traitement et au plus tard le 31/12/2015 pour les patientes en cours de traitement.

En cas de souhait de grossesse, la patiente doit être adressée rapidement au spécialiste (neurologue ou psychiatre) en vue d'une modification de traitement et d'une nouvelle information des risques.

Les enfants nés de mères exposées au valproate pendant la grossesse, présentent un risque élevé de malformations congénitales (environ 10%) et un large éventail de troubles neuro-développementaux dont des troubles du spectre autistique (jusqu'à 30-40%) susceptibles d'entraîner des troubles importants de l'apprentissage.

Si le spécialiste évalue que le traitement doit absolument être maintenu et que la patiente souhaite une grossesse, il convient :

- d'utiliser la dose minimale efficace (lien démontré entre le dosage et le risque malformatif).
- d'instaurer une surveillance prénatale spécialisée (notamment échographie du 1<sup>er</sup> trimestre réalisée par un échographe référent).
- de suivre spécifiquement l'enfant après sa naissance.

Il sera également envisagé une supplémentation en acide folique qui pourrait diminuer le risque général d'anomalies de fermeture du tube neural.

Attention, la prévention par l'acide folique des malformations liées au valproate n'est pas étayée à ce jour.

Ceci ne remet pas en question l'intérêt de la supplémentation péri-conceptionnelle en acide folique proposée dans la population générale (0,4 mg/j), ou dans la prévention d'une récurrence familiale d'anomalie de fermeture du tube neural (5 mg/j).

Guide de prescription, brochure d'information patient et formulaire d'accord de soins sont disponibles sur le site de l'ANSM : <http://ansm.sante.fr>

## Nicardipine (LOXEN) IV restrictions d'indications, de modalités d'administration, et de conditions de prescription - Avis de l'ANSM avril 2015

La nicardipine IV ne doit plus être utilisée dans le traitement de la menace d'accouchement prématuré.

Les indications thérapeutiques recommandées de la nicardipine par voie intraveineuse sont désormais le traitement de « l'hypertension aiguë menaçant le pronostic vital » en particulier « en cas de pré-éclampsie sévère, quand d'autres agents antihypertenseurs administrés par voie intraveineuse ne sont pas recommandés ou sont contre-indiqués » et pour maîtriser une hypertension artérielle post-opératoire.



## Vaccination antigrippale, c'est le moment !

Depuis 2012, la vaccination contre la grippe saisonnière est recommandée chez la femme enceinte quel que soit le terme de la grossesse.

### Cette vaccination est gratuite :

- Au-delà de 6 mois de grossesse prise en charge à 100%.
- Avant 6 mois en remettant un bon de prise en charge du vaccin contre la grippe qui est obtenu pour les personnels hospitaliers auprès de la CPAM de rattachement ou téléchargeable pour les professionnels libéraux sur [espacepro.ameli.fr](http://espacepro.ameli.fr)

La vaccination des personnels au contact des femmes enceintes est également recommandée !

Renseignez-vous auprès de la médecine du travail ou de votre mutuelle.

Haut conseil de la santé publique : actualisation des recommandations contre la grippe saisonnière février 2012.

F. Bourdillon. Éditorial. La grippe est l'infection épidémique qui tue, chaque année, le plus de personnes en France. Bull Epidémiol Hebd 2015 ; (32-33) : 592-3.

[http://www.invs.sante.fr/beh/2015/32-33/2015\\_32-33\\_0.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2015/32-33/2015_32-33_0.html)

# Conseils pour la lecture des marqueurs sériques maternels lors du dépistage de la Trisomie 21

Emmanuel Museux, représentant des échographistes libéraux au CA du Réseau

**Le dépistage de la Trisomie 21, en plus de l'âge maternel et de la mesure échographique de la clarté nucale mesurée selon des critères de qualité, s'appuie sur le dosage de marqueurs biologiques pour calculer un risque.**

Ces marqueurs, au-delà de leur participation au calcul de risque pour le dépistage de la Trisomie 21, apportent des **informations supplémentaires sur d'autres risques** en cas d'écart significatif par rapport aux médianes (**celui de trisomie 21 n'est donc pas repris ci-dessous**). Nous devons les connaître car elles nous obligent à moduler le suivi des grossesses. C'est dire combien il est important de travailler en connaissance de l'ensemble du dossier, et que les cliniciens doivent connaître et fournir toutes les données pertinentes aux différents intervenants, notamment les échographistes auxquels ils ont éventuellement recours.

Le résumé proposé ci-dessous se focalise sur des recommandations concernant la pratique échographique en cas de profil biochimique atypique avec un risque calculé inférieur au seuil de 1/250, laissant le soin aux praticiens, après avoir vérifié que toutes les données utilisées pour le calcul sont correctes, d'adapter l'ensemble du suivi (échographique et le reste) au cas par cas en fonction de leur appréciation. Certaines situations (vérification qu'il ne s'agit pas d'une grossesse gémellaire, jumeaux évanescents ou réduction embryonnaire, vérification des taux hormonaux et de leur cinétique, tabac, diabète, poids, etc...) ne sont pas abordées ici.

**Enfin, bien entendu, la collégialité d'un avis multidisciplinaire est recommandée en cas de difficulté ou de doute, d'autant que les démarches présentées ci-dessous restent schématiques et rares...**

## Un marqueur anormal :

**$\alpha\text{FP} \geq 2,5 \text{ MoM}$  : échographie orientée à organiser dès que possible après réception des résultats.**

Pour ce qui concerne l'échographie, recherche d'une anomalie de fermeture du tube neural ou d'une anomalie de fermeture de la paroi abdominale, risque ultérieur un peu augmenté d'une mort fœtale in utero.

**$\alpha\text{FP} < 0,25 \text{ MoM}$  : échographie avant 22 SA.**

Trisomie 18.

**$5 \text{ MoM} > \beta\text{HCG} > 10 \text{ MoM}$  : échographie supplémentaire à partir de 26 – 27 SA avec Doppler des artères utérines.**

Risque vasculaire placentaire.

**$\beta\text{HCG} > 10 \text{ MoM}$  : avis du CPDPN. Une insuffisance rénale maternelle peut être une cause d'erreur.**

Triploïdie, môle, trisomie 16 confinée au placenta (RCIU), choriocarcinome, HTA gravidique, pré-éclampsie.

**$\beta\text{HCG} < 0,25 \text{ MoM}$  : échographie avant 22 SA.**

Trisomie 18 (risque  $\times 100$ ), mort fœtale in utero, triploïdie.

**$\text{PAPP-A} < 0,25 \text{ MoM}$  : échographie vers 18 SA puis échographie supplémentaire à partir de 26 – 27 SA avec Doppler des artères utérines.**

Trisomie 18, triploïdie, mort fœtale in utero, risque vasculaire (RCIU, PE, HTA).

Cornelia de Lange (PAPP-A proche de zéro).

**$\text{PAPP-A} \geq 2,5 \text{ MoM}$  : aucune pathologie fœtale n'a été décrite comme associée à une valeur élevée de PAPP-A.**

## Deux marqueurs anormaux :

**$\text{PAPP-A}$  et  $\beta\text{HCG} < 0,5 \text{ MoM}$  : échographie supplémentaire avant 22 SA puis surveillance échographique intermédiaire avec Doppler des artères utérines.**

Trisomie 18 (risque  $\times 50$ ), triploïdie.

Mort fœtale in utero, pré-éclampsie, RCIU.

**Deux marqueurs  $\geq 2,5 \text{ MoM}$  :**

RCIU, pré-éclampsie, triploïdie.

De plus, se reporter à la situation correspondante dans le chapitre consacré à un marqueur anormal.

Ces marqueurs pris isolément ont une faible valeur prédictive mais justifient une vigilance médicale d'autant plus justifiée qu'ils s'intègrent dans un tableau de facteurs de risques identifiés.

## Référence :

Muller F, Dreux S, Czerkiewicz I, Bernard M, Guibourdenche J, Lacroix I, Moineau MP, Read MH, Sault C, Thibaud D, Veyrat B; ABA, Bidat L. Dépistage de la trisomie 21 par les marqueurs sériques maternels : justification des commentaires appliqués par les biologistes. *J Gynecol Obstet Biol ReprOod* 2014 ; 43:671-9

# Quiz diabète gestationnel (DG)

1 Il est recommandé de dépister le DG en présence d'au moins 1 des critères suivants : âge maternel  $\geq 35$  ans, IMC  $\geq 25$  Kg/m<sup>2</sup>, antécédents de diabète chez les apparentés au 1<sup>er</sup> degré, antécédents personnels de DG ou d'enfant macrosome. En l'absence de ces facteurs de risque, il n'y a pas d'arguments suffisants pour réaliser un dépistage systématique de la population générale, car la stratégie de dépistage est basée sur l'existence de facteurs de risques

Vrai  Faux

2 En cas de glycémie à jeun  $\geq 0,92$  g/l au 1<sup>er</sup> trimestre, il faut prescrire une HGPO entre 24 SA et 28 SA pour confirmer le diagnostic de DG.

Vrai  Faux

3 En présence de facteurs de risque, si la glycémie à jeun est  $< 0,92$  g/l au 1<sup>er</sup> trimestre, il est inutile de prescrire une HGPO à 75g de glucose entre 24 SA et 28 SA.

Vrai  Faux

4 Le diabète gestationnel est associé à un risque accru de pré-éclampsie.

Vrai  Faux

5 Le dépistage précoce du DG et sa prise en charge diabétologique permet de réduire les risques de traumatismes obstétricaux liés à la macrosomie.

Vrai  Faux

6 L'existence d'un DG contre indique en post-partum la prescription d'une contraception œstro-progestative.

Vrai  Faux

Réponses en page 11.

## Actualisation des documents réseau : nouveautés et mises à jour



### Plaquette

- Contraception après un accouchement. Remplace la plaquette « allaitement et contraception » (Commission des Sages-Femmes et des Obstétriciens).

### Protocoles

- Prise en charge de la femme enceinte fumeuse en hospitalisation avec fiche de traitements substitutifs nicotiniques (Commission Addiction).
- Prise en charge des anomalies des organes génitaux externes à la naissance (Commission Pédiatrique).
- Corticothérapie anténatale de maturation fœtale mise à jour du protocole de 2008 (Commission Obstétricale).

### Outils

- Mode d'utilisation du CO testeur (Commission Addiction).
- Anoxo-ischémie du nouveau-né à terme : aide à la décision de transfert et de mise en hypothermie précoce (Commission Pédiatrique).

Retrouvez  
tous les documents  
sur le site  
[reseau-naissance.fr](http://reseau-naissance.fr)



# Résultats de l'évaluation du dépistage de la Trisomie 21 dans les Pays de La Loire en 2014

Source : Agence de la BioMédecine

Chaque échographiste reçoit de l'ABM (Agence de la BioMédecine) via le Réseau, son rapport de résultats 2014 personnalisé.

**Tableau 1. Répartition des échographistes en fonction du volume mensuel d'échographies réalisées pour dépistage**

ECHOGRAPHIES/MOIS	PAYS DE LA LOIRE		FRANCE	
	Nombre d'échographistes	Pourcentage d'échographistes	Nombre d'échographistes	Pourcentage d'échographistes
[0 - 5[	46	21,7%	1735	34,0%
[5 - 10[	63	29,7%	1474	28,9%
[10 - 15[	35	16,5%	846	16,6%
[15 - 20[	23	10,8%	448	8,8%
[20 - 30[	20	9,4%	352	6,9%
>= 30	25	11,8%	241	4,7%

**Tableau 2. Distribution de la clarté nucale (CN) en fonction de la longueur crano-caudale (LCC)**

LCC (mm)	Nombre d'échographies	CN (MM)			MoM DE CN
		25 <sup>e</sup> percentile	Médiane	75 <sup>e</sup> percentile	Médiane
Pays de la Loire	34705	1,10	1,40	1,60	0,90
France	592870	1,10	1,40	1,62	0,87

**Tableau 3. Fréquence des tests positifs**

	PAYS DE LA LOIRE		FRANCE	
	N	%	N	%
Tests combinés du 1 <sup>er</sup> trimestre - 2014	945	3,1%	17681	3,4%
Tests séquentiels intégrés - 2014	119	3,1%	2219	3,2%
Tests des marqueurs sériques du 2 <sup>e</sup> trimestre - 2014 <sup>(1)</sup>	-	-	6434	9,5%

(1) Ce test de dépistage sans échographie n'est pas en lien avec les réseaux de périnatalité.

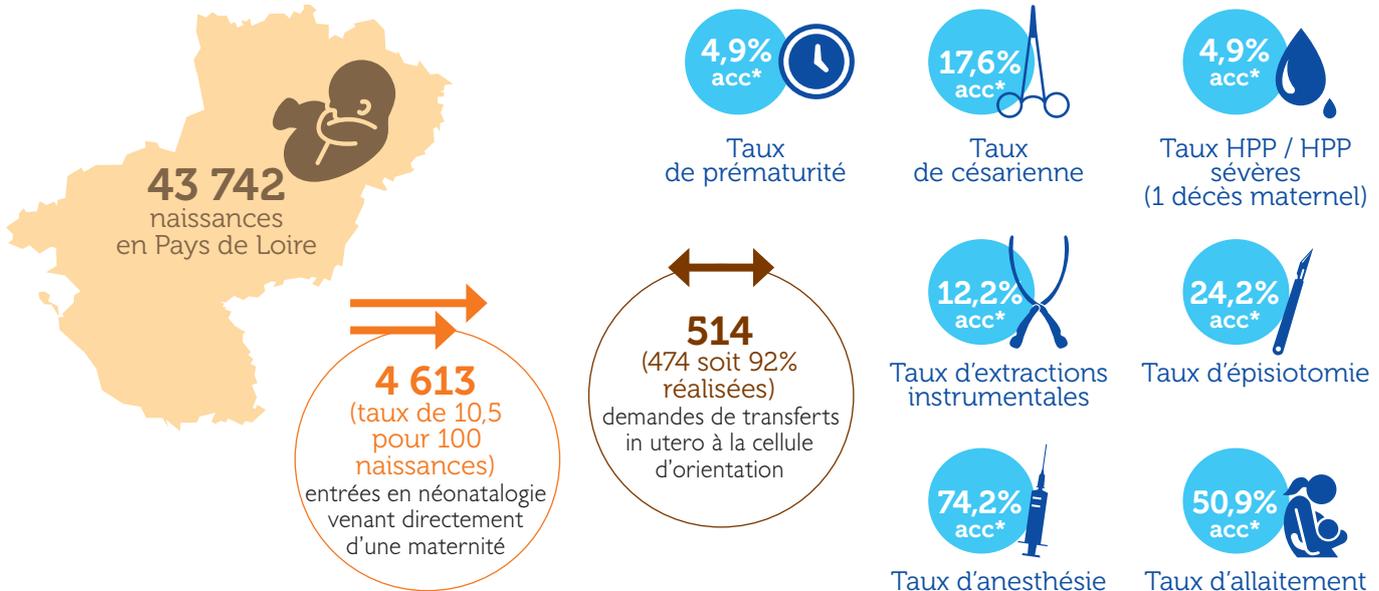
**Tableau 4. Résultat des caryotypes prénatals réalisés**

	Caryotypes réalisés	RÉSULTAT DES CARYOTYPES		
		T21 diagnostiquée	Absence de T21	Non renseigné
<b>Risque ≥ 1/250</b>				
Tests combinés du 1 <sup>er</sup> trimestre - 2014	250	26	213	11
Tests séquentiels intégrés - 2014	28	0	28	0
<b>Total</b>	<b>278</b>	<b>26</b>	<b>241</b>	<b>11</b>
<b>Risque &lt; 1/250</b>				
Tests combinés du 1 <sup>er</sup> trimestre - 2014	17	0	15	2
Tests séquentiels intégrés - 2014	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>3</b>

# Indicateurs d'activité 2014 recueillis par le RSN

Marion Pérennec et Anne-Sophie Coutin

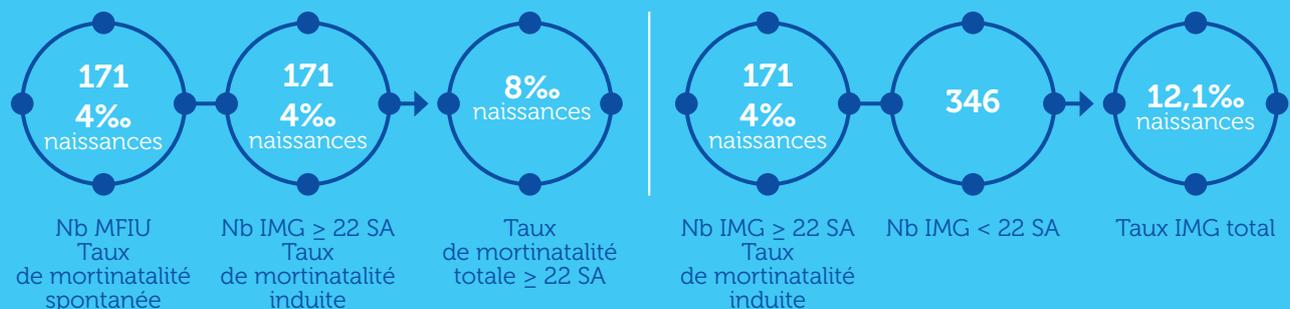
Activité de l'année 2014 pour 23 maternités et 13 services de néonatalogie et réanimation néonatale en Pays de Loire (calculée sur un minimum de 19 maternités sur 23). Déclaration des maternités et des services de néonatalogie.



\*accouchement

## Taux de mortinatalité induite / spontanée

(nombre de foetus mort-nés par rapport au nombre de naissances sur une période déterminée)



## Dépistage audition



## Activités des 3 CPDPN

(année 2013)



Données issues du bilan d'activités des 3 CPDPN (CHU Angers, CH Le Mans, CHU Nantes) des Pays de Loire. Bilan annuel d'activités réalisé en 2015, pour 2013, afin de récupérer les issues de grossesses. Document disponible sur demande auprès de la coordination.



**Nombre d'IVG**  
SAE 2014

**8 313**

# Messages clés à retenir du staff inter maternités 2015

Rozenn Collin (relecture : Anne-Sophie Coutin, Cyril Flamant, Norbert Winer)

## Obstétrique/ Néonatalogie

### 1 PAG, RCIU

- Le PAG (petit pour l'âge gestationnel) est défini par un poids isolé (estimation pondérale in-utéro ou poids de naissance) < au 10<sup>ème</sup> percentile.
- Le PAG sévère correspond à un PAG <3<sup>ème</sup> percentile.
- Le RCIU est une altération dynamique de la croissance fœtale qui aboutit le plus souvent à un PAG.
- Malgré la performance du dépistage échographique, la mesure de la hauteur utérine garde sa place dans le dépistage.
- Si RCIU sévère : le risque de mortalité est multiplié par 3, par rapport à un nouveau-né eutrophe, à terme équivalent. Il est recommandé que le pédiatre soit appelé pour la naissance (recommandations CNGOF 2013).
- En raison du risque d'hypoglycémie, le nouveau-né présentant un PAG et/ou RCIU doit bénéficier d'un suivi glycémique adapté : prioriser l'alimentation avant H1, glycémie capillaire à H1 puis toutes les 3h00.

### 2 HERPES

- En anténatal, questionner les parents sur d'éventuels antécédents d'herpes afin d'informer sur les risques et les mesures préventives.
- En cas de suspicion d'infection materno-fœtale, poser la question de l'herpès aux parents.
- Si PCR chez le nouveau-né : dosages à effectuer dans le LCR ET le sang.
- Envisager l'acyclovir (ZOVIRAX®) en cas d'hyperthermie persistante et/ou récurrente chez le nouveau-né.

## Néonatalogie

Lors d'une prise en charge pédiatrique, en salle de naissance, il est indispensable que les éléments de cette prise en charge soient notés dans le dossier avec le plus de détails possibles (intérêt à la fois légal mais aussi de compréhension ultérieure des difficultés à la naissance).

### 1 DETRESSE RESPIRATOIRE

En cas de détresse respiratoire : utiliser l'adrénaline et le surfactant exogène à dose efficace

### 2 ANEMIE AIGUE

Lors d'une anémie aigue, la réanimation cardiaque et l'hémodynamique prédominent sur la réanimation respiratoire.

## Obstétrique

### 1 ALLO-IMMUNISATION

- RH1 correspond dans la nouvelle nomenclature au Rhésus D.
- Décider dès la découverte de l'allo-immunisation :
  - > Qui assure le suivi de la grossesse ? Qui assure le suivi échographique ?
  - > Qui contacter en cas d'anomalie échographique ?  
En cas de transfusion in-utéro : où celle-ci sera-t-elle effectuée ?

La communication entre les différents acteurs doit être optimale : centre d'expertise ↔ lieu du suivi de la patiente.

### 2 HRP

- Ne pas tocolyser systématiquement les métrorragies sans étiologie.
- HTA + métrorragies = bandelette urinaire à la recherche d'une protéinurie ++

### 3 MARQUEURS SÉRIQUES

- 1 MoM : correspond à la valeur médiane idéale.
- < 0,5 MoM : la valeur est plus basse que la moyenne des MoM.
- > 2,5 MoM : la valeur est plus élevée que la moyenne des MoM.

#### PAPP-A > 2,5 MoM

Pas de pathologie décrite.

#### PAPP-A < 0,3 MoM

Risque d'aneuploidie fœtale (T21 ; T18 ; T13) Triploïdie.  
Risque vasculaire.

#### hCG/hCGβ > 5 MoM

Risque T21 ; Triploïdie ; Môle.  
Risque vasculaire (dysfonctionnement placentaire ; pré-éclampsie).

#### hCG/ hCGβ < 0,3 MoM

Risque T18 ; Triploïdie ; MFIU.

#### Référence :

F Muller et al. Dépistage de la trisomie 21 par les marqueurs sériques maternels : justification des commentaires appliqués par les biologistes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2014 ; 43:671-9



## 4 CHOC HEMORRAGIQUE

### Mesures générales de réanimation :

- Surveillance clinique.
- Hémocue® / Bilan sanguin.
- Oxygénation (O<sub>2</sub> nasal ou masque/ intubation oro-trachéale).
- Traiter l'hypovolémie.
- Traiter le choc : agents vasopresseurs.
- Traiter l'hypocalcémie.
- Traiter l'hypothermie.

## 5 SULFATE DE MAGNESIUM

### • 3 indications :

- > Prévention primaire de l'éclampsie devant l'apparition de signes neurologiques (céphalées, ROT vifs polycinétiques, troubles visuels).
- > Traitement de la crise d'éclampsie et prévention secondaire de la récurrence.
- > Neuro protection chez le grand prématuré (avant 33 SA) à faire dans les heures qui précèdent un accouchement imminent.

- Un seul protocole d'utilisation dans l'établissement.
- Antidote : une ampoule de 10ml de gluconate de calcium 10% en IVL sur 10 mn.

### Travail en équipe

- Les sages-femmes doivent interpréter l'ERCF et mettre en œuvre une action médicale appropriée
- Dans chaque établissement, il est nécessaire de protocoliser un système de hiérarchie des soins. Les soignants doivent connaître la procédure à utiliser si un médecin est indisponible
- Lors d'une transmission d'informations par téléphone, attention à bien noter dans le dossier médical ce qui a été transmis et ce qui a été répondu.

Vous pourrez retrouver l'intégralité du texte sur le site du Réseau.

### Analyse des questionnaires de satisfaction

- **129** participants au Staff Inter-maternités.  
Taux de réponse : **85,3%** (n=110).
- **51%** de Sages-Femmes,  
**31%** de gynécologues-obstétriciens,  
**11%** pédiatres,  
**6%** anesthésistes.
- **53%** provenaient de Loire-Atlantique,  
**17%** du Maine et Loire,  
**13%** de la Sarthe,  
**8,5%** de Mayenne,  
**8,5%** de Vendée.
- **87%** furent très satisfaits de l'accueil et de l'organisation générale. Plus de **99%** des participants ayant rempli le questionnaire ont été satisfaits voire très satisfaits du contenu de la journée, de l'interactivité de la discussion, de la pertinence des conclusions (évitabilité, causalité) et de l'apport pédagogique de l'expert.

# Commission des psychologues

**Nous avons le plaisir de vous annoncer la naissance d'une commission des psychologues au sein du Réseau Sécurité Naissance.**

Peuvent y participer tous les psychologues exerçant dans une maternité des Pays de Loire.

Cette commission se réunit environ 4 fois dans l'année et se veut être un lieu riche d'échanges pour tendre vers une meilleure prise en charge globale des couples autour de la naissance.

Elle favorise les liens entre ces professionnels, permet des échanges théoriques et cliniques et soutient des projets en

commun pour une meilleure visibilité de la profession au sein du réseau (rédaction d'articles, interventions lors de journées du réseau...).

### Les personnes responsables en sont :

- Laure Gillot, psychologue au CH du Mans  
[lgillot@ch-lemans.fr](mailto:lgillot@ch-lemans.fr)
- Soizick Guérin, psychologue au CHD de La Roche-sur-Yon  
[soizick.guerin@chd-vendee.fr](mailto:soizick.guerin@chd-vendee.fr)

Vous pouvez retrouver sur le site du Réseau un premier texte autour de l'écoute d'un psychologue en articulation avec les autres professionnels de la périnatalité.

# Transferts maternels organisés par la cellule d'orientation des Pays de La Loire en 2014

Marion Pérennec et Anne-Sophie Coutin

Les transferts maternels - in utero (TIU) ou en post-partum (TPP) peuvent être organisés par une cellule d'orientation située dans les deux sites de Nantes et Angers.

Seul le recueil des demandes de TIU est exhaustif en 2014 pour les transferts en type 3 vers les CHU de Nantes et Angers alors que les transferts vers le CH du Mans (type 3) ne sont pas tous colligés, de même les transferts de type 1 à type 2 pour lesquels la cellule est peu sollicitée.

Chaque demande de transfert est colligée sur une fiche spécifique. Les données sont saisies par chacun des sites depuis 2014 sur EPIDATA Entry 2.0. L'analyse a été effectuée avec le logiciel SAS V 9.4.

## Activité globale

L'activité de la cellule, par rapport à 2013, montre à nouveau une augmentation d'activité pour le site de Nantes (405 demandes de transferts recensées en 2013, 449 en 2012 et 412 en 2011). En 2014, seules les demandes de TIU (n=180) ont été colligées pour le site d'Angers.

La cellule a réalisé le transfert dans 589 cas (87,5%) et ne l'a pas réalisé dans 84 cas (12,5%).

Figure 5 : Mouvements des transferts maternels en 2014 à partir des demandes recensées aux 2 sites de la cellule

NB : pour l'année 2014, les données relatives aux demandes de TPP effectuées auprès du site d'Angers sont manquantes.

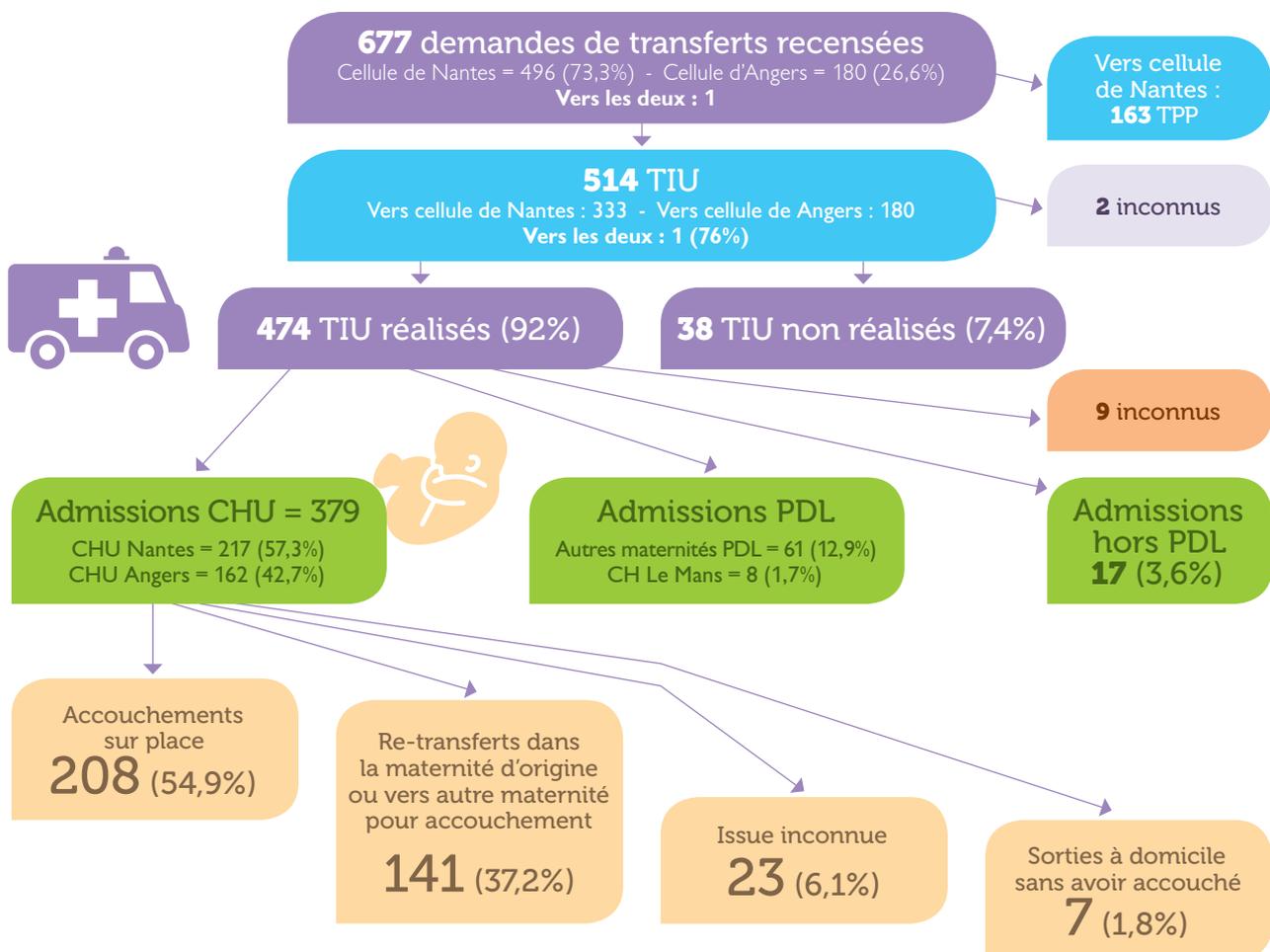
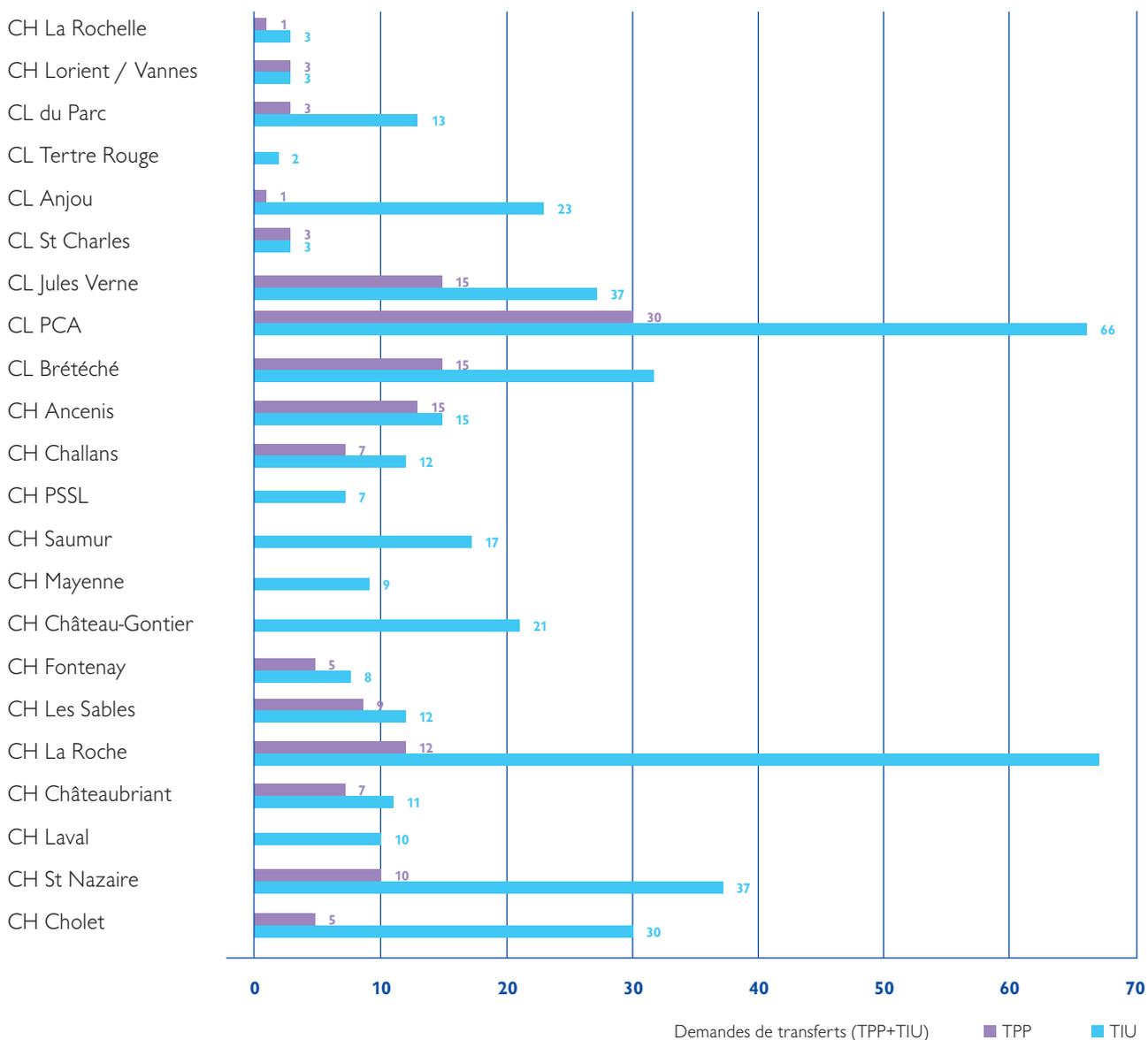


Figure 6 : Maternité de type 1 ou 2 ayant fait une demande de transfert à la cellule (n=575)



> Suite de l'article

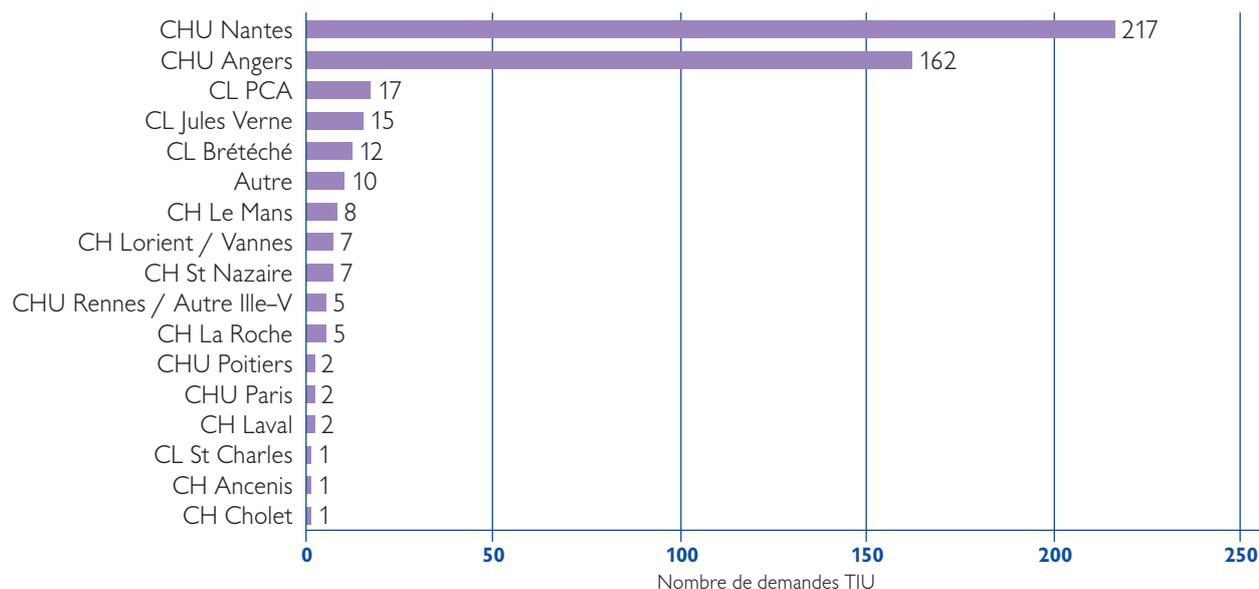
## Réponses au quiz diabète gestationnel (DG)

- 1 **Vrai**
- 2 **Faux**, si la glycémie à jeun au 1<sup>er</sup> trimestre est  $\geq 0,92$  g/l, il existe un DG qui doit être pris en charge comme tel. La prescription d'une HGPO est inutile.
- 3 **Faux**, en cas de facteurs de risque, si la glycémie à jeun est normale ( $< 0,92$  g/l) au 1<sup>er</sup> trimestre, il faut à nouveau dépister le DG entre 24 et 28 SA, en prescrivant une HGPO à 75 g de glucose. Critères diagnostiques de l'HGPO à 75 g : à jeun  $\geq 0,92$  g/l (5,1 mmol/l), H1  $\geq 1,80$  g (10,0 mmol/l)/l, H2  $\geq 1,53$  g/l (8,5 mmol/l).
- 4 **Vrai**
- 5 **Vrai**
- 6 **Faux**, le choix de la contraception doit tenir compte essentiellement des facteurs de risque associés : obésité, HTA, dyslipidémie...

Référence : RPC diabète gestationnel CNGOF 2010 [http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/RPC\\_DIABETE\\_2010.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_DIABETE_2010.pdf)

## Les TIU

Figure 7 : Maternités d'accueil renseignées (n=474 demandes de TIU)



**Au total (sur et hors horaires de coordination) en 2014, 38 TIU n'ont pas été réalisés (7%) (4,9% en 2013).**

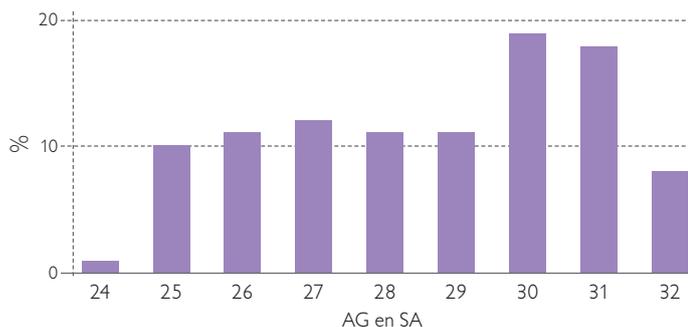
Pour l'acceptation et l'orientation de la demande de transfert, le contact d'une seule maternité a été suffisant dans 76,3% des cas (81% en 2013) (75,1% pour le site de Nantes (90% en 2013) et 78,9% pour le site d'Angers (67% en 2013)). Dans 16,2% des cas (n=83) (19% en 2013) la maternité contactée en premier (CHU Nantes ou CHU Angers) ne disposait pas de place. Dans cette dernière situation, il a fallu contacter

deux maternités 23 fois (4,5% des TIU), 3 maternités dans 8 cas (1,6 %) et 4 maternités ou plus dans 8 cas.

Le délai médian d'arrivée de la femme dans la maternité receveuse à partir de l'heure d'appel (n=196) est de 2,8 heures avec une durée moyenne de transport de 1,3 heure. La majorité des TIU étaient réalisés en ambulance (59%) ou par le SMUR avec véhicule terrestre (30%).

La majorité des demandes de TIU concernaient des AG de 25-31 SA (56%).

Figure 8 : détail des AG compris entre 25-31 SA lors des demandes de TIU (n=266)



Parmi les demandes de TIU, 30% étaient pour menace d'accouchement prématuré, 19,8% pour rupture prématurée des membranes, 10,7% pour pré éclampsie et 10,1% pour RCIU.

La satisfaction des professionnels ou des mères n'a été notée que dans 243 cas (51,3%). Dans 75,3% des cas (n=183), le transfert s'est parfaitement bien passé, dans 16,9% plus ou moins bien passé (n=41) et pour 7,8% pas du tout bien passé (n=19).

Sur 150 TIU réalisés, dans 3,3% des cas (n=5), des problèmes ont été signalés avec le SAMU ou le SMUR. Les problèmes le plus souvent notifiés étaient les suivants : problèmes de communication, SAMU non disponible.

Dans 396 cas l'issue du transfert a été renseignée : 55,6% des femmes retournent dans la maternité d'origine ou une autre

maternité, 10,4% retournent au domicile (en ayant accouché ou non) et 34,1% accouchent dans le type 3 dans lequel elles ont été transférées

Les caractéristiques des nouveaux nés (NN) sont connues pour 205 d'entre eux (39,9% des TIU). Plus de la moitié des NN ont été transférés en réanimation (50,2% ; n=113), 25,3% (n=57) ont été transférés dans un service de néonatalogie, 17,8% (n=40) transférés en soins intensifs et 3,1% (n=7) en unité kangourou.

36 fiches signalant un transfert non optimal ont été adressées au Réseau en 2014 (31 TIU et 5 TPP). Les dysfonctionnements signalés sont les suivants : défaut de places en maternité ou en pédiatrie, transferts « sauvages » avec ou sans accord direct entre gynéco obstétriciens ou pédiatres mais sans appel de la cellule d'orientation et sans prise en compte de la disponibilité réelle des places, défauts de communication, dossiers de transferts incomplets, désaccords sur le choix du mode de transport, refus de transfert vers l'établissement proposé par la cellule car n'étant pas l'établissement de proximité (qui est complet), patientes orientées directement vers un type 3 de leur domicile sans évaluation préalable dans la maternité de proximité, erreur d'appréciation des conditions médicales (dont un accouchement à 30 SA + 6 jours dans l'ambulance), désaccords sur l'indication du transfert compte tenu du terme (23 SA + 6 jours).

# Evaluation systématique de l'audition en maternité

Léna Rivier et Virginie Foraster

Le dépistage de la surdité permanente néonatale est obligatoire en maternité depuis l'arrêté du 23 avril 2012. L'ARS, en collaboration avec les professionnels de la région (professionnels de maternité, ORL) et le Réseau, a édité en novembre 2013 un cahier des charges pour cette évaluation néonatale systématique de l'audition.

Le Réseau est chargé de la coordination du dépistage et du suivi des enfants dépistés, en lien avec les associations régionales de dépistage néonatal : l'ANDEMEGEN pour le 44 et le 85, et l'ARPMH pour le 49, le 53 et le 72.

## Rappel du processus de dépistage :

### Phase 1 : évaluation systématique de l'audition en maternité

L'évaluation de l'audition est à réaliser pour chaque nouveau-né au sein de la maternité dans les 48 h après la naissance par un contrôle des otoémissions acoustiques OEA. Un second test réalisé à 6 h d'intervalle au minimum, permet d'éliminer les faux-positifs.

Les **otoémissions acoustiques (OEA)** consistent en une énergie acoustique émise par la cochlée suite à la présentation d'une stimulation sonore avec un embout placé dans l'oreille du nouveau-né. Ce test permet de savoir si l'oreille est capable de répondre à une stimulation sonore en faisant un léger écho, qui signifie que le nouveau-né n'a pas de surdité profonde qui pourrait entraver le développement de son langage.

Les parents sont informés du dépistage (voir la plaquette « Audition du nouveau-né en maternité »).

Les résultats des tests (absence ou présence d'otoémissions) sont inscrits au dos du carton de Guthrie par la maternité et sont adressés à l'ANDEMEGEN ou à l'ARPMH qui les enregistrent. Ces deux associations sont chargées de procéder avec les établissements au contrôle de l'exhaustivité.

En cas d'absence bilatérale d'otoémissions acoustiques une notification doit être faite au Réseau par l'envoi d'une fiche de phase 1. L'envoi de cette fiche permet d'initier le suivi de l'enfant dans ce dépistage.

En cas de refus de test par les parents, cette décision doit être impé-



rativement tracée dans le dossier médical. Elle fait l'objet d'un document écrit, signé par les parents et contresigné par le pédiatre. Le refus doit être également notifié sur le carton de Guthrie « refus » et dans le carnet de santé (test non fait : voir dossier médical). Une fiche de phase 1 avec la case « refus des parents de réaliser le test » doit être transmise au Réseau.

**En cas de sortie précoce, il appartient à la maternité d'organiser l'évaluation de l'audition.**

### Phase 2 : examen de contrôle par le spécialiste

Cet examen doit être réalisé dans un délai de 15 jours à 1 mois maximum après la sortie de maternité, par un ORL référent ou un pédiatre suivant l'organisation sur le territoire. Le rendez-vous de contrôle doit être fixé avant la sortie de maternité.

À l'issue de l'examen de contrôle, le spécialiste référent adresse au Réseau une fiche de phase 2 précisant le résultat de l'examen de contrôle : examen normal ou douteux. Si l'examen de contrôle est douteux de façon bilatérale, un rendez-vous doit être pris auprès d'un Centre de Dépistage et d'Orientation de la Surdité (CDOS).



>  
Suite  
de  
l'article

## Phase 3 : examen diagnostique approfondi dans un CDOS référent

Un contact immédiat doit être établi par l'ORL (ou le pédiatre) référent auprès de l'ORL du CDOS référent, afin de permettre une prise en charge de la surdité de l'enfant avant l'âge de trois mois.

L'examen diagnostique approfondi est effectué dans un double objectif : confirmer ou infirmer la suspicion de surdité établie après l'examen de contrôle, analyser les causes et le degré de la perte d'audition.

À l'issue de l'examen, le CDOS informe le Réseau du diagnostic posé par l'envoi d'une fiche de phase 3.

### Enfants hospitalisés en néonatalogie ou réanimation néonatale

L'évaluation est à réaliser avant la sortie du service (tests préconisés : PEA Potentiels Evoqués Auditifs automatisés si naissance avant 34 semaines et OEA après 34 semaines). En cas d'absence de réponse bilatérale, l'enfant est adressé directement au CDOS à l'âge de 1 mois (âge corrigé). Le service en informe le Réseau par l'envoi d'une fiche de phase 1.

En cas de transferts descendants, les maternités d'accueil devront vérifier que les enfants ont bénéficié d'un examen de contrôle de l'audition (PEA ou OEA).

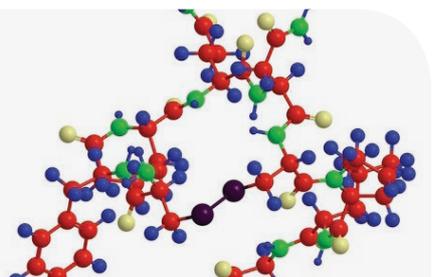
Les fiches à transmettre au Réseau sont téléchargeables sur le site Internet.

**Au 9 novembre 2015, 763 ont été inclus, le processus de dépistage est terminé pour 594 (78%).**

Parmi les 594 avec test terminé : 469 sont normaux à l'issue de la phase 2 (79%), 7 sont normaux à l'issue de la phase 3 (1,2%), 13 surdités ont été confirmées en phase 3 (2,2%). Ont été enregistrés 18 refus en phase 2 ou 3 et 13 enfants sont perdus de vue.

Pour les 621 enfants pour lesquels un délai a pu être calculé, le délai moyen de 1<sup>er</sup> RDV de phase 2, prévu ou effectué était de 28,7 jours. L'âge moyen en phase 3 avec un diagnostic établi était de 141 jours soit 4,6 mois.

## Audit sur l'utilisation de l'oxytocine au cours du travail



**Le retour des questionnaires au Réseau était prévu le 30 septembre 2015. Etaient prévus vingt questionnaires par maternité.**

À la date du 10 novembre 2015, le Réseau a reçu les dossiers d'enquête de 16 maternités. Ce qui représente 354 questionnaires remplis

(272 questionnaires de 15 maternités lors de l'audit 2013) soit en moyenne 21 questionnaires par maternité. Selon les maternités, l'étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> juin au 29 octobre 2015.

L'analyse des données est en cours. Résultats préliminaires prévus pour début 2016. Les résultats de chaque maternité leur seront ensuite adressés.

## Pensez à télécharger les fiches de déclaration 2016 (maternité/néonatalogie)

- Événements inattendus graves (EIG), HPP grave, EIG lié à une IVG, EIG lié à une demande de transfert.
- Nouveau-né trisomique 21 nés dans les maternités du Réseau.
- Nouveau-nés décédés IMG, MFIU ou en salle de naissance / nouveau-nés décédés en néonatalogie.
- Grille des indicateurs d'activité 2015 des maternités.

# Nous avons lu, vu en périnatalité...

Deux études réalisées à partir des données de la cohorte Elfe (Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance) portant sur un large échantillon (plus de 18 000 enfants), représentatif des naissances en France métropolitaine en 2011.

## Dépistage des maladies infectieuses en cours de grossesse : résultats de l'enquête Elfe en maternités, France métropolitaine, 2011.

- Richaud-Eyraud E, Brouard C, Antona D, La Ruche G, Tourdjiman M, Dufourg MN, et al.
- Bull Epidemiol Hebd 2015;(15-16):254-63. [http://www.invs.sante.fr/beh/2015/15-16/2015\\_15-16\\_4.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2015/15-16/2015_15-16_4.html)

**Toxoplasmose** (dépistage obligatoire) : 94,2 à 97,1%\* des mères ont été dépistées dont 32% étaient immunisées. L'absence de dépistage était en raison d'une immunité déjà connue pour 97,5% d'entre elles.

**Syphilis** (dépistage obligatoire) : 90,5 à 97,2%\* des mères ont été dépistées. 0,06% étaient positives.

**VIH** (dépistage obligatoirement proposé) : absence de dépistage déclaré chez 10,2 à 11%\* des mères. Les raisons mentionnées étaient dans 51,4% l'absence de proposition, 23,1% l'existence d'un test récent, 6,2% le refus du dépistage.

**Hépatite B** (dépistage obligatoire) : 92,4 à 97,7%\* des mères ont été dépistées. 0,8% étaient positives pour l'Ag HBs. Cette proportion varie entre 0,3% pour celles nées dans un pays de faible endémicité à 6,7% pour celles nées en pays de forte endémicité. Pour 85% des femmes non dépistées, le motif indiqué était le fait d'être vaccinées contre l'hépatite B. Il convient de rappeler que la vaccination anti-VHB ne dispense pas de l'obligation de dépistage prénatal de l'Ag HBs.

\* selon inclusion ou non des données manquantes.

**Rappel** : en cas de non réalisation de la recherche de l'antigène HBs au cours de la grossesse (ou résultat non disponible), celle-ci doit être effectuée dès l'admission de la femme pour l'accouchement. Il importe alors d'obtenir un résultat rapidement. Si la mère est porteuse de l'Ag HBs, c'est l'instauration précoce, dans les 12 heures suivant l'accouchement, d'une prophylaxie associant l'injection d'immunoglobulines spécifiques anti HBs d'une part et la vaccination d'autre part du nouveau-né qui permet de prévenir la transmission périnatale du VHB de façon efficace.



## Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011.

- Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Nicklaus S, Geay B, et al.
- Bull Epidemiol Hebd 2015;(29):522-32. [http://www.invs.sante.fr/beh/2015/29/2015\\_29\\_1.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2015/29/2015_29_1.html)

Parmi les 70% de mères ayant initié un allaitement, la médiane de la durée totale d'allaitement était de 17 semaines et celle de l'allaitement prédominant était de 7 semaines. Seuls 18,3% des nourrissons étaient encore allaités de manière prédominante à 4 mois.

Un « décrochage » de la prévalence de l'allaitement prédominant était constaté à 1 mois et demi, qui pourrait correspondre à une anticipation de la reprise du travail.

La durée totale d'allaitement était plus courte chez les mères âgées de moins de 30 ans, vivant seules, ayant un faible niveau d'études ou ayant repris le travail moins de 10 semaines après l'accouchement. En revanche, l'allaitement était plus long chez les mères cadres, en congé parental ainsi que chez celles ayant suivi des séances de préparation à la naissance.

Les résultats appuient la nécessité d'adapter les informations sur l'allaitement, de faire évoluer l'image de l'allaitement et d'apporter un soutien spécifique aux mères jeunes ou peu diplômées ou ayant un faible revenu.

Il est également important d'apporter un soutien spécifique aux mères ayant un indice de masse corporelle élevé qui ont une faible sécrétion de prolactine, hormone essentielle à la lactation. Il est retrouvé dans l'étude une différence de durée d'allaitement selon le statut pondéral des mères : les mères en surpoids et obèses allaitent en médiane pendant 13 semaines, alors que les mères normo-pondérales allaitent durant 17 semaines.

Le BEH Bulletin épidémiologique hebdomadaire est en libre accès.

## La tête en désordre. L'exposition prénatale à l'alcool. C Darguenave et S Toutain. Edition L'Harmattan.

Comment accueillir un enfant porteur de troubles liés à une alcoolisation pendant la grossesse ? Quatre familles racontent leur histoire : elles ont dû faire preuve de trésors d'inventivité et ont dû puiser dans leurs ressources intérieures tout en recherchant de l'aide, pour relever ce défi. Un dernier chapitre, davantage théorique, s'adresse plus particulièrement aux professionnels de l'enfance qui souhaitent approfondir leurs connaissances sur le sujet.

Ce livre révèle la violence de la vie quotidienne lorsque les troubles liés à l'alcoolisation foetale ne sont ni diagnostiqués, ni traités et, a contrario, l'importance du diagnostic et le changement qui s'opère lorsque les bonnes pratiques sont mises en œuvre.

>  
Suite  
de  
l'article

## Survival and morbidity of preterm children born at 22 through 34 weeks' gestation in France in 2011 : results of the EPIPAGE-2 cohort study Ancel PY.

Goffinet F; EPIPAGE-2 Writing Group, JAMA Pediatr 2015 Mar ; 169(3) : 230-8.

Résultats de l'étude prospective nationale de cohorte française EPIPAGE 2 (Etude Epidémiologique sur les Petits Âges Gestationnels) analysant le devenir des prématurés nés entre 22 et 34 SA en 2011. Elle fait suite à l'étude EPIPAGE 1 réalisée en 1997. Les naissances éligibles incluaient les naissances entre 22 et 34 SA : naissances vivantes, mort nés avec interruptions de grossesse pour cause maternelle ou fœtale (RCIU sévère et oligo amnios) en dehors des anomalies congénitales.

Ont été inclus 6 696 enfants dont 214 interruptions de grossesse et 1 313 naissances de morts nés spontanés.



Comparée à 1997, la proportion d'enfants survivant sans morbidité sévère en 2011 a augmenté de 14,4% (p < 0,001) de 25 à 29 SA et de 6% (p < 0,001) de 30 à 31 SA mais n'a pas changé de manière significative pour les enfants nés avant 25 SA.

À noter que l'enquête Epipage 2 se poursuit avec le bilan des enfants suivis à 5 ans ½ en 2016 (consultation médicale spécifique et examen neuropsychologique approfondi). En Pays de Loire, 217 enfants sont concernés.

	Naissances vivantes	Taux de survie (% de sortis vivants de l'hôpital / naissances vivantes)	Survie sans morbidité sévère*
22 SA	13,5% (58/430)	0%	0%
23 SA	21,5% (89/414)	1,1%	0%
24 SA	46% (186/404)	31,2%	11,6%
25 SA	70,8% (308/435)	59,1%	30%
26 SA	79,1% (413/522)	75,3%	47,5%
27 à 31 SA	89,3% (2909/3257)	93,6%	81,3%
32 à 34 SA	97,7% (1206/1234)	98,9%	96,8%

\*morbidité sévère : hémorragie intra ventriculaire sévère, leucomalacie périventriculaire kystique, dysplasie broncho pulmonaire sévère, rétinopathie du prématuré stade ≥ 3 et/ ou traitée par laser, ou entérocolite ulcéro nécrosante stade 2 ou 3.

## Vous pouvez retrouver aussi des données épidémiologiques sur la prématurité et le devenir des enfants en français dans un dossier spécial prématurité

À lire dans le Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, Vol 44 - N° 8 - octobre 2015 pages 723 à 786.

### Du côté des réseaux

3 films vidéo de 5 à 6 mn sur la grossesse, l'accouchement et devenir parents réalisés par des professionnels et usagers du Réseau OMBREL (Métropole lilloise) <http://www.ombrel.fr/index.php?page=affiche&id=527>

S'informer, réfléchir, choisir, tel est l'objectif des 3 films abordant les questionnements rencontrés par les femmes enceintes et proposant de saisir l'aide des professionnels de santé et des associations. Seul le film sur la grossesse est plus spécifique du réseau lillois.



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 JP. BROSSIER - [jp.brossier@ch-lvo.fr](mailto:jp.brossier@ch-lvo.fr)

Rédaction :  
AS. COUTIN, L. RIVIER, R. COLLIN, M. PERENNEC  
2 rue de la Loire - 44200 Nantes - Tél. : 02 40 48 55 81 - Fax : 02 40 12 40 72  
[coordination@reseau-naissance.fr](mailto:coordination@reseau-naissance.fr)

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