



**REUNION INTER-ETABLISSEMENTS
ET
REVUE DE MORBI-MORTALITE
Réunion du 28 juin 2024**

Etablissements participants

14-50-61	27-76
CH Alençon	CH Belvédère - Mont-Saint-Aignan
CH Argentan	CH Bernay
CH Avranches-Granville	CH Elbeuf-Louviers-Val de Reuil
CHU Caen	CH Eure-Seine (Évreux)
CH Cherbourg	CH Eure-Seine (Vernon)
CH Côte Fleurie – Cricqueboeuf	GH du Havre (GHH) - Montivilliers
CH Flers	CHI Caux Vallée de Seine - Lillebonne
CH L'Aigle	CHU Rouen
CH Lisieux	Clinique Mathilde - Rouen
CH Saint-Lô	
Polyclinique du Parc - Caen	

1^{ère} Partie maternités 14/50/61

❖ Introduction à la journée et informations diverses

Le Pr Dreyfus constate qu'aucun décès lié à une encéphalopathie anoxo-ischémique n'a été enregistré sur le semestre. Les dossiers de Caen ont été choisis sur le plan didactique.

Les laboratoires nous accompagnent depuis le début de ces réunions. Le laboratoire Gallia et sa nouvelle représentante dans la région Madame Chloé Rutkowski se présentent à l'assemblée.

Le Dr Trentesaux fait part de ses difficultés en néonatalogie au CHU : l'effectif médical a beaucoup diminué et la période estivale s'annonce difficile. Les gardes doivent être assurées et une fermeture de lits est inévitable. L'unité des présortants sera fermée car ces enfants peuvent être réorientés en pédiatrie ou dans les centres régionaux. L'équipe de néonatalogie a conscience de l'impact d'une telle action sur les familles et les collègues des CH mais rien ne permet d'éviter cette attitude, espérée temporaire pendant l'été. Les transferts in utero seront impactés en fonction du taux de remplissage des lits restants. L'ARS est informée de la situation.

Pour information, Monsieur Mengin-Lecreulx, nouveau directeur de l'ARS a été nommé après le départ de Monsieur Deroche.

❖ Protocole de prévention du risque thromboembolique et projet de prise en charge ambulatoire des pré-éclampsies modérées

Ce [protocole est déjà accessible sur le site du Réseau](#) mais a été actualisé pour simplifier la prise en charge et optimiser la prévention de risque thrombo-embolique chez des patientes avec de plus en plus de comorbidités. Il est important d'harmoniser les prises en charge et utiliser les mêmes outils.

Les principaux changements reposent la fusion des protocoles de prévention en ante, per et post-partum, l'utilisation du score de Lyon (algorithme en ligne <https://gemmat-thrombose.fr/risque-thrombotique-grossesse/>), l'augmentation des indications et de la durée d'anticoagulation préventive, notamment en post-partum à 6 semaines. Les doses d'HBPM doivent être calculées à partir du poids en début de grossesse.

Les bas de contention ne sont plus à prescrire en systématique mais UNIQUEMENT si facteurs de risque veineux

En cas de doute, contacter le staff de thrombophilie : med-vasculaire-sec@chu-caen.fr

Le CHU de Caen met en place un projet de prise en charge ambulatoire des prééclampsies modérées. L'inclusion est possible après 5 jours d'hospitalisation et au moins 2 bilans biologiques normaux, pas de critère

d'hospitalisation au niveau foetal, évaluer les possibilités de suivi ambulatoire (pas de comorbidité, dosage Sflt1/PIGF, compréhension de la patiente, distance <30km domicile).

Le suivi repose sur un RV au COS 1/sem, SF à domicile 1/sem et téléconsultations les autres jours avec automesures tensionnelles 2/j. Les modalités de suivi sont remises à la patiente.

Le protocole est déjà établi, tout à fait envisageable dans les autres maternités, si le personnel est en adéquation avec une telle attitude.

La mise en application est prévue à l'automne 2024.

[Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau](#)

❖ Présentation du nouveau staff multidisciplinaire sur cardiopathie et grossesse

Les 42 jours qui suivent l'accouchement sont une période à risque de pathologies cardiovasculaires. De plus en plus de patientes ont une cardiopathie congénitale (traitement en période néonatale, migrantes,...). L'augmentation des risques cardiovasculaires est en lien avec l'âge plus tardif des grossesses et la difficulté d'accès aux soins.

Les patientes avec une cardiopathie connue et celles avec une cardiopathie révélée par la grossesse sont particulièrement à risque.

2/3 des décès par cardiopathie des femmes enceintes ou en post-partum sont évitables.

Déjà mis en place aux Etats-Unis, le CHU de Caen a décidé d'être la 2^e équipe en France après Lille à mettre en place un staff mensuel multidisciplinaire incluant cardiologues, obstétriciens, anesthésistes afin de fluidifier le parcours de soins.

Le challenge est de mobiliser les médecins généralistes, les sages-femmes libérales, les cardiologues libéraux à inciter les patientes à consulter en préconceptionnel ou en tout début de grossesse.

Ce staff débutera à l'automne et les dossiers sont à adresser à cardiobs@chu-caen.fr

La coordination sera assurée par Charline Bousquet.

[Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau](#)

❖ Bilan des Morts Inattendues du Nourrisson 2023

6 enfants ont été accueillis au Centre de Référence des Morts Inattendues du Nourrisson en 2023 à Caen avec des facteurs de risque de couchage retrouvés dans 3 situations.

En cas de bilan inexplicé, il est proposé aux parents de faire un bilan cardiaque.

Un registre national a été mis en place depuis 2015.

Des prélèvements sont collectés pour des recherches ultérieures sur le sujet.

Six enfants ont déjà été déclarés en 2024.

Diaporama disponible auprès du secrétariat du réseau

❖ Présentation des dossiers de décès néonataux entre le 01/01 et le 31/05/2024 au CHU de Caen

10 décès néonataux sur cette période au CHU de Caen dont :

- 5 enfants en limitation de soins : 1 hémorragie intraventriculaire IV, 1 diagnostic anténatal de syndrome d'Aicardi-Gouttières, 1 trisomie 18, 1 syndrome polymalformatif + hémorragie intraventriculaire IV bilatérale, 1 maladie de Steinert.
- 1 soin palliatif en salle de naissance à 24 SA + 6 J
- 4 impasses thérapeutiques

1 dossier d'Avranches de fin 2023 est détaillé.

Messages forts :

- Nouveau [protocole Parvovirus B19](#) : dès la survenue de signes cliniques chez la mère ou les proches, faire une sérologie + échographie.
- Penser à mesurer le pic systolique devant baisse de MAF, hydramnios et/ou anasarque. Si > 1.5 MoM, appel CHU de Rouen en urgence pour avis sur transfusion in utero (valable hors contexte de séroconversion), sans perdre de temps à référer au CHU (éventuel avis téléphonique)
- Une épidémie nationale d'infection à Parvovirus a été confirmée par les virologues, sans sérotypes particuliers.
- Importance de la transmission d'informations dans les dossiers complexes et spécialisés, notamment en DAN (donner les instructions utiles et pertinentes pour la salle de naissances ou les unités de soins).
- L'appel d'un collègue dans un type III permet une décision collégiale
- Les chefs de service de néonatalogie et de gynécologie-obstétrique du CHU proposent leur participation aux RMM locales des établissements périphériques lorsqu'un dossier a posé des difficultés particulières.

Comme toujours si vous souhaitez avoir accès à l'une des présentations vous pouvez contacter le secrétariat du réseau : queromain-g@perinat-normandie.fr

Diaporama disponible auprès du secrétariat du réseau

❖ Présentation des dossiers de MFIU

Un dossier du CHU est détaillé.

Messages forts :

- Une échographie hépatique normale n'élimine pas un diagnostic de SHAG

- Critères de SWANSEA : la présence d'au moins 6 critères sur les 14 permet de poser le diagnostic de SHAG (ex : hypoglycémie, hyperleucocytose, ...)
- Traitement SHAG = accouchement
- Recherche génétique LCHAD
- Peu de récurrence
- Pas de lien entre malperfusion vasculaire fœtale et SHAG dans la littérature scientifique.
- L'enregistrement systématique du pouls maternel et du RCF en parallèle évite de nombreuses erreurs d'interprétation et permet parfois d'éviter des césariennes inutiles.

[Diaporama disponible auprès du secrétariat du réseau](#)

❖ Association du syndrome de choc toxique

L'association a été créée début 2024. Elle a pour but d'aider les patientes victimes de syndrome choc toxique et leurs familles, informer et faire de la prévention auprès des jeunes filles, des femmes et des professionnels de santé.

Le syndrome choc toxique est une infection par le staphylocoque doré, maladie aiguë grave pouvant survenir au cours des règles lors d'utilisation de dispositifs vaginaux (tampons, coupes menstruelles). Il se manifeste par une forte fièvre, des symptômes qui rappellent ceux de la grippe ou de la gastro-entérite. Des éruptions cutanées à type de coup de soleil en particulier au niveau de la paume des mains sont le signe d'alerte.

En cas de suspicion, poser la question de la période menstruelle et du type de protection.

Le diagnostic repose sur le prélèvement vaginal.

[Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau](#)

1^{ère} Partie maternités 27/76

Le thème choisi pour cette RMM est le « refus de soins en périnatalité ». Les dossiers ont été proposés par les professionnels des établissements et envoyés en amont aux experts : Pr Éric Verspyck (GO CHU Rouen), Mme Aurélie DAUBRY (Juriste Attaché de l'Administration Hospitalière - CHU Rouen et Mme Alexandra TUBEUF (Juriste Responsable des affaires générales et des relations avec les usagers - GH du Havre).

Avant la présentation des 6 dossiers en assemblée, les experts ont présenté un rappel théorique sur cette thématique.

[Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau](#)

Le Dr Jean-Louis SIMENEL a fait une synthèse de cette présentation.

[Synthèse disponible sur le site du Réseau](#)

2^{ème} Partie

❖ Dans Étude OptiNeoCare : Point d'étape avant le démarrage de l'étude prévue en septembre 2024

Pr Éric Verspyck, gynécologue-obstétricien CHU de Rouen

L'étude nationale OPTINEOCARE (Optimisation des soins courants dans la prise en charge des asphyxies périnatales sévères des nouveau-nés à terme ou proches du terme) va démarrer en octobre 2024. 7 régions sont impliquées dont la Normandie. A ce jour, 14 maternités/23 ont répondu à l'appel de cette étude. Si on n'a pas plus d'établissements, la Normandie pourrait ne plus y participer.

L'enquête repose sur deux formes complémentaires : un recueil de données réalisé par le référent nommé au sein des maternités participantes d'une part, et une enquête confidentielle seulement pour une partie des dossiers, tirés au sort par le logiciel de l'étude d'autre part. ils seront expertisées par deux assesseurs extérieurs au dossier, au sein de l'établissement concerné, pour estimer si les soins sont optimaux en obstétrique ou en pédiatrie.

Une relance des établissements non-répondants sera faite début juillet.

Pour toutes questions sur l'étude, merci de contacter Clémence CABANNE (Sage-femme de recherche clinique - Coordination nationale étude OPTINEOCARE) : clemence.cabanne@aphp.fr – Tel : 01 58 41 33 81

❖ Rapport sur la mortalité maternelle 2016-2018 : qui sont ces femmes ? De quoi meurent-elles ?

Pr Michel Dreyfus, gynécologue-obstétricien CHU de Caen

Le rapport est en accès libre et gratuit depuis le 3 avril sur les sites [SPF](#) et [Inserm Epopé](#).

Pour la période 2016-2018, 272 décès maternels ont été identifiés, soit 1 décès tous les 4 jours en France.

Le taux est stable depuis 40 ans malgré les des disparités régionales : 5 régions sont au-dessus de la moyenne nationale, la Normandie est en dessous. Les DROM sont en train de réduire l'écart avec la métropole.

Les caractéristiques des femmes décédées : l'âge maternel > 35 ans, l'Afrique sub-saharienne, la vulnérabilité sociale (1/3), l'obésité (1/4).

Les caractéristiques des décès : 75 % en per ou post-partum.

Trop peu d'autopsie avec un pourcentage en baisse. L'obstacle médico-légal peut être demandée par le médecin.

Les causes : 17 % de causes psychiatriques et suicides et 15 % de maladies cardiovasculaires. Recrudescence de décès par infection à streptocoque A et de cas de cancer du sein. Diminution des causes directes (hémorragie, atonie).

45 suicides : 50 % avec un antécédent psychiatrique, à 4-5 mois en moyenne dans le post-partum. L'évitabilité est mesurée à 79 %. Les pistes d'amélioration sont l'information, la sensibilisation et le dépistage (ex : utilisation de l'échelle d'Edimbourg) et le maillage territorial.

Des documents d'information à destination du public ont été publiés par l'Inserm.

[Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau](#)

❖ Rapport sur la mortalité maternelle 2016-2018 : hémorragie et embolie amniotique

Pr Éric Verspyck, gynécologue-obstétricien CHU de Rouen

Certaines causes de décès maternels sont plus importantes en France que dans d'autres pays comme l'hémorragie obstétricale et l'embolie amniotique.

95 % de ces hémorragies sont estimées évitables par une inéquation des soins (94 %) ou un défaut d'organisation des soins (44 %), et 35 % pour l'embolie amniotique. La mise en place de protocoles d'urgence connus de tous est indispensable même dans les petites structures.

On constate une diminution drastique de la mortalité par hémorragie depuis deux trienniums, et notamment celle par atonie utérine. Par contre de nouvelles causes sont identifiées, tout aussi évitables que les précédentes. Ce sont les plaies vasculaires souvent post-césarienne avec des hémostases chirurgicales difficiles et les ruptures utérines. Que ce soit à domicile ou lors du travail, elles font souvent l'objet d'un retard de prise en charge chirurgicale (équipe insuffisante ou inexpérimentée).

Le placenta accreta qui peut être dépisté dès le 1^e trimestre afin de définir un protocole de prise en charge avec anticipation des conduites et choix d'un lieu de naissance approprié, est la 3^e cause retrouvée dans ce rapport. Son risque est accru quand l'insertion placentaire se fait sur la cicatrice de césarienne antérieure.

[Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau](#)

❖ Mise en place de l'équipe mobile des soins périnataux à domicile

Dr Gaëlle Pinto Cardoso, pédiatre CHU de Rouen

Pour raccourcir le temps de séparation des familles des enfants, ce projet a vu le jour le 29 janvier 2024 avec déjà 31 séjours organisés. Les retours des familles et des équipes sont très satisfaisants. Le projet est d'élargir les critères de prise en charge.

❖ Préservation de la fertilité et Réseau Onco-Normandie

Dr Christine Denoual-Ziad, gynécologue-obstétricien CHU de Caen

Une information précoce permet une prise en charge plus rapide de la préservation de la fertilité dans le parcours de prise en charge de cancérologie.

Afin d'apporter des outils aux professionnels accompagnant les patients dans la préservation de leur fertilité, le Réseau [OncoNormandie](#) a réalisé nouveaux supports pour les femmes et les hommes, les enfants, adolescents suivis en oncologie : un accès professionnel avec un annuaire des différents centres concernés, une boîte à outils, une affiche pour les salles d'attente ainsi que des documents et vidéos pour les patients.

Contacts pour la Normandie :

CHU Caen : preserv-fertilite@chu-caen.fr

CHU Rouen : secretariat.cecos@chu-rouen.fr

Clinique Mathilde Rouen : laboratoire.pma@clinique-mathilde.fr

Groupe hospitalier du Havre (uniquement pour l'homme) : 02 32 73 33 35

❖ Résultats de la campagne de prévention de la bronchiolite en Haute-Normandie : Un impact réel de la campagne de prévention

Dr Didier Pinquier, pédiatre CHU de Rouen

Le CHU de Rouen et le CH du Belvédère dans le cadre de leur FMIH ont participé à l'étude Harmonie lors de la saison 2022-23. La FMIH a été le 1er site européen (France, Allemagne, UK) en nombre d'inclusions (n=169) et a contribué à confirmer l'impact de ce traitement préventif en condition réelle d'utilisation avec une réduction de 83 % des hospitalisations pour infection à VRS (NEJM. 2023 Dec 28;389(26):2425-35).

Ces résultats ont conduit les autorités de santé a annoncé la mise en place d'une campagne de prévention pour la saison 2023/24. La 1ere immunisation en Haute Normandie a été réalisée à Dieppe le 12/09/2023. Au cours de la campagne 2023/24, 250000 doses ont été administrées sur l'ensemble du territoire, dont 85 % en maternité (Rapport Epi-Phare du 08/04/2024). Au CHU de Rouen, les hospitalisations des enfants < 3 mois ont chuté de 66 % avec une baisse de 75 % des admissions en réanimation (ESPID 2024).

Pour la saison 2024-25, une nouvelle campagne de prévention de la bronchiolite sera proposée à tous les nouveau-nés et nourrissons à partir du 15 septembre 2024. La disponibilité de la vaccination des femmes enceintes contre le VRS est annoncée, mais à ce jour la date de mise à disposition et le cadre de la prise en charge ne sont pas connus ? L'HAS recommande une information des parents.

Pour les nouveau-nés, le traitement préventif sera disponible à la maternité de septembre à janvier avec une phase de rattrapage pour les enfants nés avant cette date en ville. Un total de 600 000 doses seront disponibles.

La vaccination de la coqueluche de la femme enceinte reste la priorité et doit être considérée comme la première étape de la prévention vaccinale du nourrisson.

[Diaporama présenté disponible sur le site du Réseau](#)

Fin de séance à 16 h 40.

Prochaine réunion le vendredi 31 janvier 2025.

Le Réseau de Périnatalité de Normandie remercie sincèrement le laboratoire Gallia pour sa participation à l'organisation de cette journée.