

GAZETTE

N°05 – 31 octobre 2017

EDITORIAL

Docteur Michèle GRANIER, Présidente

Le réseau Périnat IF Sud est l'un des sept réseaux de périnatalité de l'Île de France. Son aire géographique regroupe l'ensemble de l'Essonne, le Sud Seine et Marne et l'Ouest Val de Marne.

Depuis 2016, tous les réseaux de périnatalité franciliens ont inclus dans leurs missions, le suivi des nouveau-nés vulnérables. Seuls les réseaux Périnat IF Sud et Périnat 92 ont gardé leur particularité et travaillent en collaboration avec le réseau Pédiatrique Sud et Ouest Francilien qui assure le suivi des nouveau-nés vulnérables sur l'ensemble géographique de ces deux réseaux.

Le réseau Périnat IF Sud s'est particulièrement investi en 2017 dans les formations : simulations, interruptions volontaires de grossesse, violences faites aux femmes enceintes, RCF, deuil périnatal, ateliers de diététiques

Aux missions habituelles du réseau de périnatalité de favoriser et optimiser les parcours des femmes enceintes et des nouveau-nés sains et permettre un accès à l'interruption volontaire de grossesse, le réseau assure le suivi du dépistage de l'audition dans les maternités.

Les outils utilisés sont variés avec des plaquettes destinées aux professionnels et aux patients, des groupes de travail ouverts avec participation des professionnels, des soirées d'information pour traiter de sujets d'actualité, des informations sur le site web.

En 2017, la maternité Caron, maternité de type 1, a dû arrêter son activité.

Des groupes de travail et formations ont enrichi les activités du réseau : orientation des patientes en fonction de la pathologie, violences faites aux femmes, soins périnataux à la parentalité, transferts in utero. Les autres groupes de travail sont pérennes et poursuivent leurs actions : deuil périnatal, repérage de l'audition, échographie, site web, communication, entretien prénatal précoce, hémorragie du post-partum, accouchement sous le secret.

En 2017, des Groupements Hospitaliers de Territoire ont été constitués au niveau national avec pour objectif la mise en place d'une gradation des soins au niveau des établissements publics. Dans l'Essonne, la périnatalité a été abordée avec les deux GHT (GHT Île de France Sud (CH Sud Essonne, CH d'Arpajon, CH Sud Francilien) et GHT Nord Essonne (CH des 2 vallées, CH d'Orsay).. Plusieurs objectifs ont été fixés : organisation du flux des patientes en particulier au niveau du centre de type 3 du CHSF, demande auprès de l'ARS de la création d'un centre de PMA (Procréation Médicalement Assistée) communication de l'offre variée en matière d'IVG. Une collaboration étroite est indispensable entre les GHT et le réseau Périnat IF Sud afin de conserver les équilibres déjà établis entre les maternités publiques et privées.

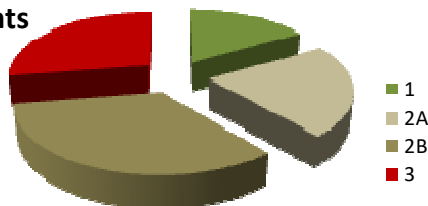
Les chiffres Périnat ARSIF 2016

Données enregistrées

23 758 accouchements dont 409 multiples

- 5 275 césariennes (22,2%)

Accouchements



24 025 naissances et 164 mort nés

- 290 naissances à moins de 33 SA (1,2 %)
- 204 naissances de moins de 1 500 g (0,8 %)
- 102 naissances hors établissement (0,4 %)

Vécu de l'IVG médicamenteuse

Dr Florence LELIEVRE

Devenir neurologique à 2 ans des enfants nés prématurément

Dr Michèle GRANIER

Enseignement par simulation

Dr Rose NGUYEN

Hygiène-TIU

Mme Isabelle HAMANT

Agenda

Coordination

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est autorisée en France depuis 1975 et concerne à l'heure actuelle plus de 220 000 femmes par an en France. L'IVG par méthode médicamenteuse s'est développée à partir de 1989, et l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé, en cabinet ou en CPEF est devenue possible vingt ans plus tard, permettant théoriquement d'élargir le choix de la méthode.

Le réseau Périnatif Sud a collaboré à la thèse du Dr Vi Nguyen, étude observationnelle ayant pour but d'évaluer le vécu des femmes lors de la prise en charge d'une IVG médicamenteuse et de rechercher des facteurs éventuels de mauvaise acceptabilité. Entre le 1er juin 2013 et le 30 janvier 2014, 127 questionnaires distribués à des patientes ayant effectué une IVG médicamenteuse dans le réseau ont été recueillis. La majorité des réponses provenaient de CPEF (75,6% de tous les questionnaires recueillis) et plus de 92% des patientes ont bénéficié d'une IVG à domicile. Cette étude montre que vécu de l'IVG médicamenteuse dans le cadre d'un réseau de soin est globalement bon : 96 % de patientes sont satisfaites de la prise en charge, 90% trouvent le déroulement acceptable et 94% recommanderaient le même lieu de prise en charge à une amie.

Les seules propositions pour lesquelles moins de 80% des femmes sont d'accord sont : « Je me suis sentie sereine après la prise des médicaments » et « Je recommanderais la même méthode à une amie ». L'étude a mis en évidence des facteurs associés à une moins bonne acceptabilité : les femmes nulligestes, qui rapportaient des douleurs plus importantes, et les femmes sans profession qui rapportaient avoir reçu moins d'information. Il n'avait pas été retrouvé de différence significative chez les femmes en situation de précarité, ni chez les femmes jeunes.

Les propositions pratiques d'amélioration de la prise en charge découlant de cette étude sont les suivants :

- Consacrer plus de temps aux femmes n'ayant jamais eu recours à une IVG, les nulligestes ainsi que les patientes sans profession, lors de la consultation pré-IVG, afin bien en expliquer la procédure et les effets secondaires.
- Donner la possibilité de plusieurs entretiens, avant et après l'IVG, notamment avec un conseiller conjugal, aux femmes sans profession ainsi qu'aux nulligestes, afin d'optimiser l'information.
- Insister auprès des médecins, des sages-femmes et des patientes sur l'utilisation des antalgiques de palier 1 et 2, notamment quand les patientes sont nulligestes.

Devenir neurologique à 2 ans des enfants nés prématurément

Dr Michèle GRANIER, Chef de Service de médecine néonatale CHSF

En 20 ans, une nette amélioration de la survie des enfants nés prématurément et une diminution de moitié des séquelles cérébrales à l'âge de 2 ans est constatée. C'est ce que révèlent les derniers résultats de l'enquête EPIPAGE-2 réalisée par les chercheurs de l'équipe Inserm EPOPé – « Equipe de Recherche en Épidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique » Ces résultats sont publiés dans la revue [The British Medical Journal](#).

EPIPAGE-2 est une enquête française incluant au départ plus de 5500 enfants, nés prématurément entre 22 (5 mois) et 34 semaines (7 mois et demi) de grossesse, d'avril à décembre 2011. L'objectif des chercheurs était de mieux comprendre les facteurs associés à la prématurité des enfants, plus précisément à leur devenir neuro-moteur, sensoriel et à leur développement global à 2 ans. Les résultats d' **EPIPAGE-2** ont été comparés à ceux recueillis en 1997 dans une enquête similaire menée dans 9 régions françaises.

A 2 ans, 52% des enfants nés entre 22 et 26 semaines d'aménorrhée, 93% de ceux nés entre 27 et 31 semaines et 99% de ceux nés entre 32 et 34 semaines ont survécu.

Les taux de paralysie cérébrale (handicap moteur souvent associé à la prématurité) étaient de 7%, 4% et 1% dans ces mêmes tranches de termes de naissance.

Moins de 1% des enfants de la cohorte avait un déficit sensoriel sévère (cécité ou surdité).

Le développement, apprécié par les questionnaires parentaux, était celui attendu pour leur âge chez 50% des enfants nés à 24-26 semaines, 59% des enfants nés à 27-31 semaines et 64% de ceux nés à 32-34 semaines.

Entre 1997 et 2011, le taux de paralysie cérébrale a été réduit de moitié chez les enfants grands prématurés

. Ainsi, la survie sans séquelles motrices ou sensorielles sévères a augmenté dans toutes les tranches de termes de naissance, en particulier pour les plus immatures.

En revanche, la survie générale et surtout sans déficience ne s'est que peu améliorée chez les enfants nés avant 5 mois de grossesse (25 semaines d'aménorrhée). Les taux de survie et de survie sans handicaps neuromoteurs et sensoriels sévères ou modérés à 2 ans avaient augmenté entre 1997 et 2011 pour les enfants nés entre 22 et 31 semaines d'aménorrhée révolues. Toutefois, aucun changement n'a été observé pour les enfants nés à 24 semaines d'aménorrhée révolues ou avant. Elles sont sensiblement moins bonnes que dans d'autres pays ayant une prise en charge en salle de naissance plus active qu'en France.

Depuis la publication des premiers résultats d'EPIPAGE-2, un groupe de travail s'est constitué en France pour réfléchir à la prise en charge de ces enfants nés extrêmement prématurés. Comme 7 autres pays en Europe, la France recommande de ne pas intervenir médicalement pour les enfants nés avant 24 semaines tout en leur offrant des soins médicaux dits de « confort »

Communiqué – Salle de Presse Inserm [Suivi à 2 ans : les enfants nés prématurément survivent mieux et sont en meilleure santé qu'il y a 20 ans](#) Lien : <http://presse.inserm.fr/suivi-a-2-ans-les-enfants-nes-prematurement-survivent-mieux-et-sont-en-meilleure-sante-quil-y-a-20-ans/29241/>

En aéronautique, l'enseignement par simulateur de vol date du début du 20e siècle (1910). En médecine, un des premiers simulateurs d'enseignement de l'échographie (fin des années 1990) a été créé par un médecin israélien, ancien pilote de chasse.

Le principe de cet enseignement est de permettre aux étudiants de s'entraîner sans risques pour eux (pilotage) ou leurs patients (médecine). Ils peuvent ainsi commettre des erreurs facilement rectifiables par les enseignants ou le logiciel. Ils peuvent être confrontés à des situations exceptionnelles, mais graves et acquérir un algorithme de conduites pratiques.

L'hémorragie du post partum (HPP) sévère est l'exemple type de ces situations rares (1 à 2% des accouchements) et potentiellement grave. Elle reste la première cause de mortalité maternelle avec près de 100% d'évitabilité ([Rapport Enquête Nationale Confidentielle sur la Mortalité Maternelle \(ENCMM\) 2012](#)).

Le logiciel PERINATSIMS (Société Medusims) permet ainsi de rappeler les bases de la prise en charge des HPP et va être utilisé pour la formation des professionnels du Réseau.

La formation aura lieu sur le site du Réseau, s'adressera dans un premier temps aux sages femmes et ultérieurement aux équipes. Elle comprend :

- une mise en situation : prise en charge avant la délivrance avec debriefing du scénario
- un rappel des recommandations sur l'HPP de 2014 et des conseils pratiques issus des différents rapports de l'ENCMM, et de l'expérience de gynécologues obstétriciens et médecins anesthésistes contactés ou appartenant au Réseau
- la remise de documents pratiques (Poster, plaquettes)

Dans le même temps, le Réseau continuera à présenter le logiciel HEMOSIMS (Société Medusims) avec l'aide du laboratoire LFB, cette fois ci sur site dans les établissements du Réseau. Le scénario est identique : Prise en charge d'une accouchée avant la délivrance par toute une équipe : sages femmes, gynécologues, médecins et infirmières anesthésistes. Le debriefing est suivi d'un quizz portant sur les recommandations 2014 sur l'HPP.

La société Medusims va développer des scénarios sur la réanimation néonatale et la pré éclampsie, ce qui fera l'objet des futures formations du Réseau Périnat IF Sud.

Hygie TIU

Mme Isabelle HAMANT, Sage-femme Coordinatrice

A la demande de l'ARS et des Réseaux de Périnatalité, le GGS-SESAN a mis en place l'outil HYGIE TIU, qui permet le partage et la traçabilité des données entre les professionnels de la périnatalité en toute sécurité. C'est également un observatoire pour améliorer l'offre de soins.

Cette application a démarré en 2016

- la cellule de transfert l'utilise depuis février 2016 avec reprise de l'antériorité au 1er Janvier 2016.
- trois territoires pilotes 93/77 Nord (NEF), 95 (RPVO) et 91/77 Sud (Perinat IF Sud), ont initié le déploiement auprès de leurs établissements au cours de l'année. Le réseau Perinat IF Sud l'utilise depuis le 27 Juillet 2016. Afin de s'assurer de la bonne orientation des patientes compte tenu de l'organisation territoriale de l'offre de soins, les professionnels peuvent se référer au protocole de graduation des soins.

Durant le 1er semestre 2017, les autres réseaux de santé périnatale d'Ile-de-France ont également commencé de déployer l'application dans leurs établissements.

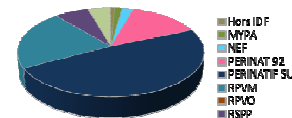
Déployer n'a pas été facile en raison des nombreuses contraintes informatiques requises et de la perception de l'outil HYGIE TIU comme un travail supplémentaire. La grande majorité de l'activité des transferts recensée à ce jour par l'application provient de l'activité de la cellule des transferts. Mais les professionnels de santé sont trois fois plus nombreux à utiliser cette application pendant le 1er semestre 2017. Une année au minimum semble donc être un délai nécessaire afin que les professionnels de santé puissent enfin se saisir de l'outil.

A ce jour, certains établissements n'ont toujours pas utilisé cette application. Les appels donnant lieu directement à une acceptation du transfert par un établissement receveur ne sont pas comptabilisés. En conséquence, le nombre de transferts est sous-estimé. Néanmoins les premières analyses indiquent que :

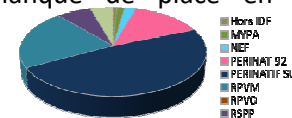
- 1 transfert sur 2 demeure

dans le réseau Perinat IF Sud.

- 1 demande de transfert en type III sur 2 sort du réseau :
 - En 2016, 45% des refus de TIU par le CHSF concernaient le manque de place en réanimation néonatale et 48% le manque de place en obstétrique.



- En 2017, 14% des refus de TIU par le CHSF concernent le manque de place en réanimation néonatale et 34% le manque de place en obstétrique. Les pourcentages restants correspondent à une absence d'appel et des refus sans explication tracée (appels d'établissements demandeurs à la cellule de transfert après avoir contacté le CHSF mais sans avoir renseigné HYGIE TIU).



HYGIE TIU n'est pas qu'un observatoire d'analyse des transferts et d'étude des parcours, c'est aussi une aide à la réalisation du courrier de transfert et un outil d'information sur le devenir des TIU. Afin que les maternités puissent plus facilement tracer leurs transferts, suivre leur activité, étudier leur filière et leurs partenariats, Périnat IF Sud se propose de renvoyer sur une périodicité définie des statistiques à chacune des maternités.

Septembre

- 7
copil
- 7&8
« EPNP »
- 14
« HPP Simulation »
- 20
Conseil Scientif

Octobre

- 2
Copil
- 19
« Violences enfant »
- 25
« Analyse EPP »

Novembre

- 6
Copil
- 9
« Journée réseaux »
- 16
« HPP Simulation »
- 27
« EPNP Reprise »

Décembre

- 1-2
« IVG SF »
- 4
Copil
- 8
« RCF »
- 11
« HPP Simulation »
- 14
« Perturbateurs endocriniens »
- 15
« IVG Accueil »

Un CPOM a été signé avec l'ARS pour un budget constant jusqu'en 2020.

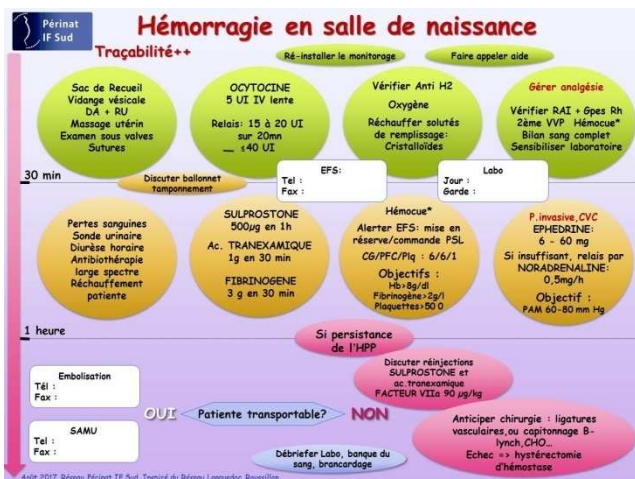
Coordination

L'équipe de coordination est à votre disposition pour vous donner les plaquettes éditées par le réseau au 26 rue des champs Bâtiment F 1^{er} étage 91830 LE COUDRAY MONTCEAUX.

- La plaquette IVG a été réactualisée



- Un poster HPP plastifié a été réalisé



Formations

En raison du succès de nos formations, nous vous remercions de nous prévenir le plus vite possible, si vous ne pouvez être présent à une formation.

Nous pourrions ainsi faire bénéficier quelqu'un d'autre

Pour les inscriptions aux formations, privilégiez le mail secretaire@perinatifsud.org, cela nous facilite l'envoi d'une réponse et réduit les risques d'erreur !



Réseau de Périnatalité du Sud de l'Île de France
www.perinatifsud.org
FAX 01 60 89 39 02

Président :
Docteur Michèle GRANIER

Trésorier :
Docteur Nicole BORNSZTEIN

Sage Femme Coordinatrice :
Mme Isabelle HAMANT
06.76.75.74.02
Isabelle.hamant@perinatifsud.org

Coordinateur Administratif :
Mr Christophe-Yves BASTIEN

Médecin Coordinateur :
Docteur Rose NGUYEN

Secrétaire :
Mme Mélanie ODEIDE
09.79.72.55.44
secretaire@perinatifsud.org

Bien évidemment vous pouvez aussi nous interroger sur tout sujet par téléphone au 09 79 72 55 44.