

REUNION INTER-ETABLISSEMENTS ET REVUE DE MORBI-MORTALITE

Réunion du 30 janvier 2026 à Caen

Etablissements participants



| |
|------------------------------------|
| CH Alençon |
| CH Argentan |
| CH Avranches-Granville |
| CH Bayeux |
| CHU Caen |
| CH Cherbourg |
| CH Flers |
| CH L'Aigle |
| CH Lisieux |
| CH Saint-Lô |
| Polyclinique du Parc - Caen |

1^{ère} Partie

❖ Introduction de la journée

L'ARS a missionné le Réseau pour piloter le parcours de prise en charge de la dépression du post-partum. Charline Lestrelin a été recrutée comme chef de projet. Elle va prendre contact avec les différents professionnels concernés pour faire un état des lieux et définir un plan d'action.

Patricia Dolley a intégré l'équipe du Réseau, comme coordonnateur médical.

Pour la première fois en 25 ans, ce jour, il ne sera présenté aucun dossier en lien avec une dysfonction de prise en charge obstétricale ou néonatale.

La prochaine journée se déroulera le vendredi 26 juin, probablement en dehors du CHU, avec les anciens professionnels ayant participé à nos RMM depuis leur création. La présentation des dossiers sera maintenue en matinée. D'autres présentations relateront les 25 dernières années du Réseau.

❖ Naissances et transferts maternels

Depuis 2020, les Réseaux Bas et Haut Normands ont fusionné et nous présentons quelques données normandes : l'activité obstétricale diminue depuis 2013, baisse un peu supérieure à la moyenne nationale. 60% d'allaitement à la sortie de maternité ont été déclarés (donnée pas toujours bien saisie). On constate une baisse de natalité plus importante dans la Manche (- 7 %) ainsi que dans les types 1 (-30 % de 2013 à 2024). Le taux de césariennes est stable (21.2 %), dans la moyenne nationale. Le taux d'HPP est très disparate, le recueil n'étant pas le même selon les centres.

➤ Regarder la perte sanguine à chaque accouchement, y compris lors des césariennes. Coder HPP dès 500 ml conformément à la définition des recommandations de 2014.

Il n'y a quasiment plus de transferts pour embolisation en Normandie occidentale. La baisse de TIU est relative à la baisse de la natalité.

Les cartographies illustrent le travail en Réseau entre les départements ; les recommandations des bonnes pratiques sont respectées, notamment dans les TIU selon le niveau de soins néonataux exigé.

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

❖ Outborns au sein du Réseau Périnatal (Normandie Occidentale) : analyse descriptive 2025

Cénéric Alexandre, pédiatre en néonatalogie – CHU de Caen

Les naissances outborns concernent tous les nouveau-nés qui ne naissent pas dans un type de maternité adapté à leur terme ou à leur poids de naissance.

En 2025, 118 transports SAMU néonataux ont été réalisés par le CHU de Caen, dont 34 outborns (28.8 %), en augmentation par rapport aux années précédentes aux alentours de 20 % mais un changement de méthode de recueil a permis une meilleure exhaustivité. 17 % sont des grands prématurés.

En avril 2025, le CH de Cherbourg a arrêté son activité de transport médicalisé néonatal. Une réflexion est en cours sur l'organisation régionale.

Une centaine de nouveau-nés entre 23 et 32+6 SA ont été pris en charge, donnée relativement stable.

Les outborns 2025 ont un âge gestationnel et un poids moyen de 31 SA et 1750 g, 14.7 % de poids < 10^e percentile, avec un taux de corticothérapie anténatale de 26.5 %.

4 décès avant J7 (11.7 %) en 2025 avec un âge gestationnel moyen de 26 SA.

Un tiers des enfants ont eu une ventilation invasive et du surfactant.

Une thèse de GO est en cours sur l'évitabilité des outborns.

Les facteurs de précarité seraient intéressants à analyser dans les critères d'évitabilité.

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

❖ Bilan 2025 des morts inattendues du nourrisson

En Normandie Occidentale sont recensés par an entre 2 et 9 cas, stable depuis 25 ans.

Sur l'année 2025, 5 enfants ont été pris en charge au Centre de Référence de la Mort Inattendue du Nourrisson. 3 décès restent inexplicables mais avec 3 erreurs de couchage comme facteur de risque.

1 cas lié à la défaillance actuelle du système de soin, déclaré à l'ARS.

Toutes les situations sont transmises au registre national des MIN depuis 2015, 50 % seraient évitables en respectant les mesures de prévention recommandées d'environnement et de couchage.

La prévention sur le couchage reste indispensable pour lutter contre la Mort Inattendue du nourrisson. Les mutuelles AXA ont élaboré [une notice de prévention](#).

Diaporama disponible auprès du secrétariat du réseau

❖ CMV & GROSSESSE

Anne-Sophie Lafitte, gynécologue-obstétricien CHU de Caen + Kubra Cankaya, biologiste CHU de Caen, Dr Elodie Lecorps, pédiatre en néonatalogie CHU de Caen

Virus très contagieux le plus souvent asymptomatique, il se transmet par des sécrétions biologiques et par voie transplacentaire.

50% des femmes en âge de procréer ont déjà été infectées. 1.5 à 2 % de primo-infection en cours de grossesse. 750 à 1500 nouveau-nés avec une infection congénitale, dont 90 % sont asymptomatiques.

Le risque de transmission entre la mère et l'enfant existe dès la période périconceptionnelle, période la plus à risque de séquelles si le fœtus est infecté (28.8 %).

| Terme à la PIM | Taux de transmission verticale | Risque de séquelles si le fœtus est infecté |
|-------------------|--------------------------------|---|
| Periconceptionnel | 21.0% (95% CI, 8.4-33.6) | 28.8% (95% CI, 2.4-55.1) |
| T1 | 36.8% (95% CI, 31.9- 41.6) | 19.3% (95% CI, 12.2-26.4) |
| T2 | 40.3% (95% CI, 35.5-45.1) | 0.9% (95% CI, 0-2.4) |
| T3 | 66.2% (95% CI, 58.2-74.1) | 0.4% (95% CI, 0-1.5) |

Les recommandations : l'information à toutes les patientes et leur conjoint(e), le dépistage aux femmes enceintes séronégatives avant 14 SA. Ne jamais refaire de sérologie CMV pendant la grossesse si patiente déjà immunisée (identification biologique impossible des réinfections ou réactivations virales).

Ne jamais prescrire de sérologie après 14SA : si oubli de prescription ou de réalisation par la patiente, faire reprendre un sérum de début de grossesse en contactant le laboratoire de la patiente. En l'absence de sérum antérieur, ne pas prescrire la sérologie.

En cas de séroconversion avérée en périconceptionnel ou T1, un traitement par Valaciclovir 8 g/jour en 4 prises permet une diminution du risque de transmission verticale de 29 à 11 %, avec consigne d'hyperhydratation orale et surveillance biologique. Prescription à faire en semi-urgence par un référent du CPDPN. Une amniocentèse à partir de 18 SA et au minimum 8 semaines après la primo-infection est proposée pour rechercher le CMV.

En cas de doute, contacter le CHU pour RV en urgence.

Si découverte fortuite d'une séroconversion au 2e ou 3e trimestre, évaluation de la croissance fœtale en dépistage et bilan néonatal = PCR urinaire chez le nouveau-né avant 15 j. Si positif, un bilan complémentaire est réalisé.

Tous les cas doivent être déclarés sur le plan national avec l'identité de la patiente et les enfants infectés ; les déclarations seront assurées par le CPDPN, merci de transmettre tous vos cas à cmv@chu-caen.fr

La sérologie n'est remboursée que pendant la grossesse dans certains laboratoires. En dehors des patientes connues immunisées contre le CMV, il est proposé d'associer la sérologie CMV au dosage plasmatique de BhCG.

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

❖ Présentation des dossiers de décès néonataux entre le 01/06 et le 31/12/2025 au CHU de Caen

17 décès néonataux sur cette période au CHU de Caen, dont 13 < 28 SA dont :

- 4 soins palliatifs décidés en anténatal
- 3 impasses thérapeutiques
- 10 enfants en limitation de soins de réanimation

1 dossier du CHU est détaillé (prématurité extrême, SAPL).

Messages forts :

1. Ne pas banaliser la naissance entre 34 et 37 SA.
2. La décision d'arrêt ou de limitation des soins de réanimation peut prendre plusieurs réunions collégiales ajoutée au temps de cheminement des parents.
3. La zone grise entre 23 et 26 SA : le terme n'est pas le seul argument de décision de transfert en anténatal et de prise en charge. La décision repose sur une discussion collégiale reposant sur de nombreux paramètres (corticothérapie, infection, PAG, avis parental).
4. Bénéfice démontré de la corticothérapie dès H2. Ne pas hésiter à faire la première injection même en cours de travail car la durée du travail n'est jamais connue.
5. Intégration dans Premex : 4 catégories de prise en charge

Tableau 2. Classification de l'avis obstétricopédiatrique pour la prise en charge intensive ou palliative des grossesses avec risque d'extrême prématurité.

| Situation | Avis obstétricopédiatrique concernant la prise en charge à la naissance | Implication des parents dans la décision de prendre en charge ou non |
|-----------|---|---|
| A | Prise en charge palliative | Les parents ne peuvent pas exiger des soins jugés déraisonnables |
| B | Prise en charge intensive déconseillée, mais acceptable selon avis des parents | L'avis des parents doit être respecté |
| C | Prise en charge intensive conseillée, mais abstention acceptable selon avis des parents | L'avis des parents doit être respecté |
| D | Prise en charge intensive systématique par l'équipe | Les parents ne peuvent pas refuser les soins dans l'intérêt de l'enfant |

6. Lorsque l'étiologie n'est pas évidente (HRP, rupture utérine,...), l'analyse du placenta permet souvent de déterminer la cause du

décès et de proposer une prise en charge pour la grossesse suivante.

7. Le diagnostic de SAPL obstétrical : PE et/ou RCIU sévère et/ou pathologie vasculo-placentaire.

Le bilan repose sur des analyses sanguines incluant anticoagulant circulant, anticardiolipines et anti-bétagP1.

En cas de nouvelle grossesse pour réduire les risques de récurrence, associer aspirine et HBPM,

Adresser la patiente vers un interniste (risque de thrombose accrue) pour bilan somatique complet et une prise en charge éventuelle hors grossesse.

8. Une des préventions de l'entérocolite est l'allaitement maternel.

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

❖ RPC 2025 : quoi de neuf sur la prise en charge des jumeaux, du diabète et de l'infection materno-fœtale ?

Justine Huet, gynécologue-obstétricien – CHU de Caen

- Diabète antérieur à la grossesse : utilisation de la pompe en boucle fermée pour les DT1 et introduction de l'insulinothérapie pour les DT2. Nouveauté : temps dans la cible >90% pour les DT2 et ajout de la Metformine possible mais toujours associée à l'insuline (discussion avec le diabétologue).

Au 3e trimestre, suivi renforcé en fonction du contexte global. Echo supplémentaire recommandée à 36-37 SA.

L'échographie cardiaque fœtale n'est pas nécessaire systématiquement.

L'Aspirine n'est pas recommandé systématiquement, en prévention primaire. La corticothérapie doit se faire en hospitalisation.

Penser à l'acidocétose devant des signes cliniques évocateurs (nausées, vomissement) : faire une glycémie capillaire et une recherche de cétones si > 2g/l.

Faire un fond d'œil tous les trimestres.

Accouchement recommandé en type 2 ou 3, entre 37 et 38+6 SA, (avant en cas de déséquilibre majeur). Césarienne si EPF > 4500 g.

Privilégier le peau à peau précoce et favoriser l'allaitement maternel.

Prendre contact avec les diabétologues de référence pour harmoniser les discours aux patientes.

- Hémorragie foeto-maternelle : le test de Kleihauer (TK) reste l'examen de référence, puis calcul du volume sanguin fœtal. Si confirmée, recherche d'anémie fœtale (RCF, echo). La normalité de ces examens n'exclut pas la présence d'une anémie fœtale. Pas de TK pour les prélèvements ovulaires, VME, métrorragies, baisse MAF non confirmée et choc à faible intensité.

Augmentation de TK >30% : HMF active. En cas d'HFM à faible risque ou risque modéré, réévaluation à 24 h avec TK, échographie et ERCF.

Indication d'analyse du placenta en anapath afin d'éliminer la présence d'un choriocarcinome.

• Accouchement des jumeaux, nouveautés par rapport aux RPC de 2012 :

1. La voie basse est recommandée +++ après 32 SA et J1 céphalique et à privilégier pour J1 en siège et > 32 SA.
2. Les termes d'accouchement sont avancés d'une semaine par rapport aux anciennes recos :
 - BCBA : entre 37 et 38 SA + 6 J
 - MCBA : entre 36 et 37 SA + 6 J
 - MCMA : entre 33 et 34 SA + 6 J

3. Choix libre entre reprise des EE/VMI pour accouchement J2

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

❖ Le point en orthogénie : info et présentation d'un EIG

Clara Oudar, gynécologue-obstétricien – CHU de Caen/CH St Lô

La fiche de déclaration d'un événement Inattendu et/ou Grave lié à une IVG a été mise à jour sur le [site du Réseau de Périnatalité](#) ; elle doit être adressée à dossmann-m@perinat-normandie.fr

Sur 2025, 30 cas d'EIG ont été déclarés dont 18 dans les 6 mois d'un accouchement ou d'une IVG en raison d'une nouvelle grossesse. La proportion d'EIG (8 chirurgicales/21 médicales) respecte la proportion des techniques utilisées dans la région. Pas d'EIG entre 14 et 16 SA déclarés. Deux situations chez des patientes mineures pour rupture de la confidentialité sont détaillées.

La formation en orthogénie des internes, l'intérêt d'une check-list spécifique IVG chirurgicale sont des pistes d'amélioration.

Absence de protocoles nationaux pour la préparation cervicale en cas d'IVG chirurgicale et attente des protocoles HAS.

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

2^{ème} Partie

❖ Présentation des dossiers de MFIU

Un dossier du CHU et un dossier d'Alençon sont détaillés (diabète sévère, maturation post-terme).

Messages forts :

- Ne pas banaliser une maturation après 41 SA même sans facteur de risque associé
- Importance la prise en charge pluridisciplinaire en cas de diabète préexistant
- Un fœtus macrosome peut souffrir d'un retard de croissance en fin de grossesse à cause de lésions de malperfusion vasculaire, évolution de la courbe de croissance qui peut rester dans les normes hautes.

Diaporama disponible auprès du secrétariat du réseau

❖ Erreur en santé : comprendre pour mieux prévenir

Patricia Dolley, gynécologue-obstétricienne – Réseau de Périnatalité de Normandie

L'erreur est une action involontaire qui aboutit à un résultat différent de l'attendu.

La présentation a traité de l'erreur décisionnelle à l'échelle individuelle.

A l'échelle de l'individu, la prise de décision, défaillante en cas d'erreur, est déterminée par la cognition et les émotions.

Parmi les facteurs de risque majeurs d'erreur individuelle, on peut décrire:

- La fatigue
- Le stress
- Les biais cognitifs dont on peut décrire quelques exemples : biais d'ancrage, de disponibilité, de confirmation, tunnelisation attentionnelle, biais de surconfiance etc...

Pour réduire le risque d'erreur, il est important de connaître les mécanismes de prise de décision et de maîtriser les facteurs qui les fragilisent en gérant la fatigue et le stress. Le travail en équipe est un facteur protecteur quand on se trouve dans un environnement où l'erreur est discutée sans sanction et valorisée comme occasion d'apprentissage.

Déclarer les événements indésirables, s'entraîner en simulation, systématiser des briefings et débriefings dans le soin quotidien, se réunir en staff pour analyser ses pratiques et prendre des décisions ensemble, sont des pistes de prévention de l'erreur en santé.

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

Fin de séance à 16 h 30.

Prochaine réunion le vendredi 26 juin 2026

Le Réseau de Périnatalité de Normandie remercie les laboratoires Gallia et H.A.C. Pharma pour leur participation à l'organisation de cette journée.