28/11/2023

Revue de presse

Journées Nationales SFMP 2023

18 - 20 oct. Lyon

Relations presse
William Lambert
06 03 90 11 19
william@lambertcommunication.com

www.lambertcommunication.com

ANNONCES DES JN avant événement

cadureso.com

52e Journées nationales de la SFMP Du 18 au 20 octobre 2023 à Lyon

...12 Octobre 2023 Seul congrès national multidisciplinaire sur la périnatalité organisé en France, les Journées Nationales de la **Société Française de Médecine Périnatale** (SFMP) réunissent chaque année gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, anesthésistes-réanimateurs,...

12/10/2023

emploi-formation-sante.com

52e Journées nationales de la SFMP

...d'actualité. Seul congrès national multidisciplinaire sur la périnatalité organisé en France, les Journées Nationales de la **Société Française de Médecine Périnatale** (SFMP) réunissent chaque année gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, anesthésistes-réanimateurs,...

09/10/2023

capgeris.com

52e Journées nationales de la SFMP

...d'actualité. Seul congrès national multidisciplinaire sur la périnatalité organisé en France, les Journées Nationales de la **Société Française de Médecine Périnatale** (SFMP) réunissent chaque année gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, anesthésistes-réanimateurs,...

09/10/2023 - Quotidien

pediatrie-pratique.com

52èmes Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale - SFMP

Le gouvernement et la CNAM en guerre contre les arrêts maladie de complaisance À la recherche d'économies, le gouvernement estime que la hausse des indemnités journalières, de près de 8 % en 2022, n'est plus soutenable. Il a donc décidé de partir en guerre contre les arrêts maladie dits...

07/10/2023

veille-acteurs-sante.fr

52e Journées nationales de la SFMP (Lyon)

La **Société française de médecine périnatale** (SFMP) organise ses 52e Journées nationales à Lyon (Espace Tête d'Or) du 18 au 20 octobre 2023....notamment : Pr MICHEL DREYFUS, président de la **Société Française de Médecine Périnatale** ; Pr JEAN-CHRISTOPHE ROZÉ, président de la...

03/10/2023

paroledesagesfemmes.com

Les 52e Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale

L'Espace de la tête d'or, à Lyon, accueillera les professionnels de la périnatalité pour les 52e Journées Nationales de la **Société Française de Médecine Périnatale** du 18 au 20 octobre 2023. Accueillie à Lyon par les Réseaux de Santé en Périnatalité Auvergne-Rhône-Alpes, cette 52e...

13/08/2023

LE QUOTIDIEN DU MEDECIN hebdo
Hebdomadaire n° 9998
du 29 septembre 2023
Page 49

Vos prochains rendez-vous :

3 et 4 octobre

Les rencontres des maladies rares

rareparis.com

Organisé tous les deux ans à Paris, ce rendez-vous dédié aux acteurs de la communauté des maladies rares est un espace de réflexion sur la recherche et l'efficacité ainsi que toutes les difficultés du parcours de soins. Des échanges auront lieu autour du diagnostic, des enjeux et des spécificités de la prise en charge des enfants dans les maladies rares, de la médecine fœtale, des réussites thérapeutiques et de l'accès aux soins.

4 octobre

Colloque annuel de l'UC2m

uc2m.fr

À Paris ou en distanciel, le colloque 2023 du think tank de l'UC2m - Université du changement en médecine - traitera de l'innovation scientifique et médicale. Au cœur des enjeux du système de santé, cette thématique ambitionne de prendre en compte autant les aspects scientifiques et médicaux que d'autres plus conceptuels et organisationnels.

5 octobre

7e Journée Interrégionale d'onco-gériatrie Cancer et Personne âgée

asconnect-evenement.fr

Le programme nantais de cette édition 2023 de formation en onco-gériatrie met l'accent sur l'éthique dans la prise en charge et les évolutions thérapeutiques majeures en onco-hématologie. Deux thématiques porteuses d'évolutions et de questionnements essentiels pour les patients et les soignants.

Du 6 au 16 octobre*

Fête de la Science

fetedelascience.fr

Le coup d'envoi de la 32e édition de la Fête de la Science aura lieu le 6 octobre ! Ce rendez-vous de promotion tous azimuts de la science permettra à des milliers de scientifiques de partager leur enthousiasme avec le grand public. De multiples animations seront organisées dont les Villages de sciences.

** En métropole et du 10 au 27 novembre en outre-mer et à l'international.*

Du 13 au 14 octobre

Colloque des gueules cassées : la face du futur

gueules-cassees.asso.fr

La Fondation des « Gueules Cassées » réunira les experts français de la face, de la tête et des traumatismes physiques et psychiques lors de son colloque annuel : *La face du futur*. Parrainé par les cinq Académies de santé : médecine, chirurgie, chirurgie dentaire, pharmacie et vétérinaire, cet événement se tiendra à Paris.

Du 18 au 20 octobre

Journées nationales de la Société française de médecine périnatale (*SFMP*)

sfmp.net

Cette 52e édition des Journées nationales de la Société française de médecine périnatale aura lieu à Lyon cette année. Les sujets abordés offriront un tour d'horizon complet sur les nouvelles pratiques et les grands débats d'actualité.

Agence de presse santé
Dépêche du 20 octobre 2023
Lire sur le site de l'éditeur

Périnatalité: de gros établissements eux-mêmes en difficulté en l'absence d'une restructuration de l'offre

Mots-clés : #gynéco #établissements de santé #congrès #obstétrique-périnatalité #pédiatrie #anesthésie #sages-femmes #sociétés savantes #ressources humaines #hôpital #clinique #Espic #CHU-CHR #qualité-sécurité des soins #accès aux soins #paramédicaux #réa-soins intensifs #Auvergne-Rhône-Alpes #Normandie #Pays de la Loire

(Par Carole DEBRAY, au congrès de la SFMP)

LYON, 20 octobre 2023 (APMnews) - L'absence de restructuration de l'offre de soins en périnatalité pèse maintenant sur de gros établissements, contraints de fermer ou suspendre certaines activités ou mis dans l'incapacité d'évoluer vers de soins plus spécialisés, ont témoigné les représentants des spécialités concernées, jeudi lors du congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP) à Lyon.

Les représentants de la périnatalité se sont exprimés lors d'une conférence de presse, organisée en écho à la tribune multidisciplinaire publiée en mars dans Le Monde appelant à la réorganisation du système de soins en périnatalité et au regroupement des activités dans des maternités mieux équipées (cf dépêche du 06/03/2023 à 15:31), et à l'audit de la Société française de néonatologie (SFN) alertant sur la situation des soins critiques néonatals publié la semaine dernière (cf dépêche du 10/10/2023 à 13:38), et devant les chiffres inquiétants de la mortalité néonatale en France (cf dépêche du 01/03/2022 à 18:29).

"Les décrets de 1998 régissent encore le fonctionnement des centres. Les maternités de grande taille sont en extrême difficulté, il y a des regroupements et des volumes de naissance plus importants, par contre les ressources humaines de ces services n'ont pas été remis en adéquation avec le volume et la quantité de travail. Il y a nécessité extrêmement importante à réviser ces décrets", a souligné le Pr Michel Dreyfus (CHU de Caen), président de la SFMP.

"Dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, il y a encore cinq réseaux de périnatalité. On y est très attaché car ça permet un travail de proximité, la connaissance du terrain, des avantages de qualité et de proximité qui nous paraissent essentiels." Mais au cours des cinq dernières années, dans le seul territoire du réseau AURORE, "cinq maternités ont fermé au minimum", a évoqué le Pr Pascal Gaucherand, coordonnateur de ce réseau périnatal.

Ce sont plutôt de petits établissements, "mais ce qui est beaucoup plus inquiétant, c'est que [désormais] on voit de gros établissements" qui sont "en extrême souffrance": le CHU de Saint-Etienne est contraint de fermer sa néonatologie par manque de ressources humaines, a-t-il signalé. Des lits ont été fermés en juillet-août "par manque de médecins durant la période estivale", a confirmé l'établissement à APMnews vendredi. La moitié des lits ont réouvert en septembre et "l'objectif est d'avoir un capacitaire complet au début de l'année 2024", précise le CHU.

Le CH de Valence, "une très grosse structure de notre réseau, qui n'arrive pas à faire fonctionner sa pédiatrie néonatale, qui devait être en perspective de monter en maternité de type III selon les souhaits de l'ARS, est dans l'incapacité complète de le faire, faute de pédiatre néonatologue pour faire tourner la réanimation néonatale", a également illustré le Pr Gaucherand.

"Entre Lyon et Nîmes il n'y a aucune maternité de type III. Cette notion de type III à Valence était donc d'une vraie importance", a-t-il souligné.

Si les difficultés existantes sur ce territoire il y a quelques années avec les effectifs de sages-femmes semblent se résoudre, "on a aussi d'énormes difficultés sur les infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat [Iade]. […] Actuellement, des blocs opératoires ferment pour manque d'Iade", a-t-il poursuivi.

"On est sur une pénurie de personnel. Les jeunes souhaitent des modalités d'exercice qui ne sont sans doute plus les mêmes que celles que nous avons acceptées au départ. Ils veulent être dans des conditions de travail qui leur apportent une sécurité personnelle de travail et un confort de vie qui mettent les petits établissements périphériques en situation très précaire", a-t-il résumé.

Pour le Pr Dreyfus, l'ouverture des tâches professionnelles pour les sages-femmes, avec une diversification des activités au sortir des instituts de formation, les éloigne aussi de leur "coeur de métier": une grande partie va s'installer en libéral, pour réaliser des échographies, du suivi de grossesse, de la rééducation périnéale, du suivi de la femme etc. "Cela impacte complètement le fonctionnement des maternités."

En Normandie occidentale, "en ce moment, le seul autre établissement de type III à part le CHU [de Caen], à Cherbourg, qui faisait à un moment 2.200 accouchements", n'en fait plus que 1.700 à 1.800 du fait de la baisse

Agence de presse santé
Dépêche du 20 octobre 2023
Lire sur le site de l'éditeur

de la natalité. "Mais surtout il y a une crise ouverte actuellement, avec trois ou quatre obstétriciens qui partent ou sont en difficulté -une personne est en arrêt de travail pour burn-out-, il y a une difficulté à faire tourner ce centre."
Avec 3.200 accouchements par an, "la plupart des médecins qui assurent la permanence des soins sont ou bien des chirurgiens gynécologues ou des gens qui font de la fécondation in vitro, qui sont certes gynécologuesobstétriciens, mais les obstétriciens dédiés […], dans mon service, ne sont qu'au nombre de quatre", a-t-il ajouté.
"Ce n'est pas beaucoup. Ça impacte tout le monde. Il est fondamental de parler des hôpitaux de taille réduite, car c'est ceux-là qu'on veut restructurer et dont on veut regrouper les plateaux, mais si on ne renforce pas les ressources humaines des hôpitaux plus gros, moyens et très gros, on va de nouveau dans le mur".
La maternité d'Avranches, de type IIB, a également dû procéder à des fermetures partielles, pendant un jour, deux jours… "Donc ça impacte tous les étages", a-t-il insisté.

Un processus inéluctable dont il faut convaincre la société civile

Le problème de la permanence des soins est un point critique pour la périnatalité, a souligné le Pr Jean-Christophe Rozé du CHU de Nantes, président de la Société française de néonatologie (SFN).
"Pour un plateau technique, il faut au moins trois types de médecin: gynécologue-obstétricien, anesthésiste et pédiatre. Deux enquêtes de qualité de vie auprès des jeunes, effectuées l'une par le CNGOF et une par la SFN, vont dans le même sens: les jeunes ne veulent pas faire plus de quatre à cinq gardes par mois et un week-end, au maximum deux. Or, on a plus de 50% de nos personnels qui font beaucoup plus que ça actuellement."
"Ils souhaitent travailler en sécurité donc dans des équipes suffisamment nombreuses, avec une confiance mutuelle entre professionnels au sein des équipes. Cela signifie qu'il faut des équipes de sept minimum par spécialité, soit 21 professionnels. On voit donc bien que ça ne peut être que des gros plateaux techniques, car ce n'est pas qu'un problème financier mais aussi un problème de pratique. Il faut exercer pour rester au bon niveau."
"Ce process est inéluctable. Il a été anticipé en Suède ou en Finlande. Si on avait le [même] nombre de maternités par rapport à la population, on aurait 120 maternités en France selon le modèle suédois et 300 selon le modèle finlandais. La difficulté est qu'il faut le partager avec la société civile."
En ce qui concerne les soins critiques néonatals, "dans trois villes, pour trois types III, on a demandé aux autres types III d'aller y faire la garde. Ça ne devient plus possible", a-t-il relaté.
"L'augmentation de la mortalité infantile en France, c'est un indicateur qui n'est pas anodin. Les deux tiers sont de la mortalité néonatale et aux deux bouts de la chaîne: dans le[s grossesse à] bas risque -et c'est le problème des maternités insécures, mais ce discours d'insécurité ne passe pas, ça fait 20 ans qu'on l'explique, mais finalement la population accepte un excès de risque qui pour elle paraît peu important, pour garder une proximité, et ça bloque complètement le raisonnement. Et sur les soins critiques, notre audit montre qu'il n'y a pas assez de lits, ils sont mal répartis, et on a besoin de même de restructurer l'offre".
"Par exemple, à Valence, pour moi, c'est une erreur d'y mettre un type III, parce qu'on va rajouter un type III qui restera faible et donc ne sera pas attractif. On a déjà Metz, Le Mans en difficulté. Plus on multiplie les plateaux techniques, plus vous allez [être en difficulté]. Il faut plutôt beaucoup moins de plateaux techniques, mais anticiper et leur donner les moyens pour fonctionner en sécurité", estime le Pr Rozé.
"On joue la rustine en fermant quelques jours et en redirigeant, pendant ce temps-là, les femmes vers des centres qui n'ont pas plus de moyens. Le nombre de salles d'accouchement par exemple est limité. Ce n'est absolument pas anticipé."
"Il faut qu'on arrive à établir, pour ne pas mettre de nouveau la France dans la rue, un dialogue avec la société civile, mais pas autour de la sécurité, plutôt au niveau des ressources humaines, leur faire comprendre que nos jeunes ne veulent travailler que dans des équipes assez nombreuses pour ne pas faire plus de cinq gardes par mois et travailler un à deux week-ends maximum par mois. Je pense que c'est peut-être quelque chose qui est plus audible", selon le Pr Rozé.

Des discussions au point mort pour les maternités, mais pas pour les soins critiques néonatals

Les discussions sont toujours au point mort concernant le chantier de la réforme des autorisations en périnatalité, ont fait savoir les intervenants. Après la publication de la tribune en mars, des représentants de la périnatalité ont été reçus par François Braun, alors ministre en charge de la santé, en avril, a indiqué le Pr Dreyfus.
"Il pensait alors qu'il y avait une fenêtre pour parler aux édiles (maires, députés) et qu'il y avait donc moyen de faire quelque chose pour que les trois mondes (usagers, médecins, politiques) se parlent, s'écoutent et fassent

Agence de presse santé
Dépêche du 20 octobre 2023
Lire sur le site de l'éditeur

des propositions." "Nous allons relancer l'association des maires des petites villes de France, c'est évident qu'il faut qu'on fasse la démarche. Nous comprenons mieux maintenant que les politiques ne prendront pas seuls la décision de dire 'j'ai bien compris', sur le plan sécuritaire voire sur l'idée que les jeunes médecins ne veulent plus des conditions d'avant, et donc de fermer [une maternité]", a-t-il ajouté.
"On a eu à l'époque une écoute plutôt intéressante, non minutée, qui semblait donner quelque chose mais il n'y a pas eu de suite. Depuis le changement de ministre (en juillet), je n'ai appris que depuis 15 jours le nom d'un éventuel interlocuteur au ministère qui s'occuperait de la périnatalité", a-t-il précisé.
Pour les soins critiques néonatals, les négociations devraient en revanche recommencer, indépendamment des soins périnatals en général, a fait savoir le Pr Rozé. "La réforme des autorisations pour les soins critiques pour l'adulte et la pédiatrie a abouti aux décrets d'avril 2022, mais pour les soins critiques néonataux on dépend toujours des décrets de 1998."
"Pour la mortalité infantile, on a fait de multiples interventions devant de nombreux décideurs, on avait l'impression de parler dans le désert. Finalement on a décidé de séparer le problème des soins critiques, qui ne pose pas du tout de problème politique, de celui des maternités. Parce que du fait qu'il y a un problème pour les maternités, nous n'avons toujours pas nos nouveaux décrets de soins critiques néonataux", a expliqué par ailleurs le Pr Rozé, lors d'une session jeudi où il s'est vu remettre le prix d'honneur de la SFMP.
"Là, comme on parle de financement de ces lits, ça devient très urgent. Il y a eu un grand nombre de travaux [comme l'audit de la SFN sur les soins critiques]. Là j'ai l'impression qu'on est un peu entendu des pouvoirs publics, je vous en dirai plus le mois prochain, ce n'est pas encore fait", a-t-il confié à l'assistance.

Agence de presse santé
Dépêche du 23 octobre 2023
Lire sur le site de l'éditeur

L'oxytocine en phase active du travail pourrait être arrêtée sans nécessité de reprise chez 60% des femmes qui accouchent

Mots-clés : #gynéco #essais cliniques #congrès #obstétrique-périnatalité

(Par Carole DEBRAY, au congrès de la SFMP)

LYON, 23 octobre 2023 (APMnews) - L'arrêt de l'oxytocine en phase active du premier stade du travail semble possible sans nécessité de reprise chez 60% des femmes qui accouchent, selon une large étude française présentée jeudi au congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP) à Lyon, dont il reste à déterminer quelles sont ces femmes et le bénéfice en termes de morbidité néonatale.

Pas moins de 82% des femmes déclenchées et 30% des femmes en travail spontané reçoivent de l'oxytocine, pour faciliter et raccourcir le travail mais qui peut être associée à des effets indésirables maternels et foetaux, a rappelé Aude Girault de l'équipe EPOPé de l'Inserm à Paris. La balance bénéfice/risque est en faveur de son utilisation, mais non systématique, uniquement en cas de stagnation de la dilatation cervicale.

L'idée de l'arrêter à 5-6 cm de dilatation du col est qu'à ce stade la sécrétion naturelle d'ocytocine pourrait prendre le relais. Une revue Cochrane publiée en 2018 a inclus 10 études sur le sujet regroupant 1.888 femmes, avec pour critère de jugement principal la durée de la phase active. Elle a conclu à une diminution du risque de césarienne, d'hypercinésie et d'anomalie du rythme cardiaque foetal, pas de modification du taux de transfert en réanimation néonatale, et une augmentation de la durée du premier stade actif. Mais il n'y avait aucune donnée sur la morbidité néonatale.

L'étude randomisée en ouvert STOPOXY a donc été réalisée pour évaluer l'effet de l'arrêt de l'administration d'oxytocine en phase active du premier stade du travail sur le taux de morbidité néonatale. De premiers résultats avaient été présentés en février au congrès de la Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) à San Francisco (cf dépêche du 13/02/2023 à 16:42).

L'essai multicentrique randomisé en ouvert STOPOXY a inclus 2.459 femmes enceintes d'un seul foetus, à terme en présentation céphalique, qui ont reçu l'oxytocine avant 4 cm de dilatation du col. Elles ont été randomisées, une fois à 6 cm de dilatation, entre l'arrêt et le maintien de l'oxytocine.

Le critère composite de morbidité néonatale incluait un pH artériel ombilical inférieur à 7,10 et/ou un excès de base supérieur à 10 mmol/L et/ou des lactates du sang artériel ombilical supérieurs à 7 mmol/L et/ou un score d'Apgar à 5 min inférieur à 7 et/ou l'admission en réanimation néonatale.

Dans le groupe assigné à l'arrêt de l'oxytocine, 40,5% des patientes ont dû la reprendre. Dans le groupe assigné à la poursuite de l'oxytocine, 5% ont dû l'arrêter pour des anomalies du rythme cardiaque foetal.

Le taux de morbidité néonatale a été de 9,6% dans le groupe arrêt contre 9,2% dans le groupe poursuite, selon les chiffres à jour présentés jeudi. Il n'y avait pas de différence non plus sur les autres critères néonataux.

Le taux de césarienne était respectivement de 10,7% dans le groupe arrêt contre 9,9% dans le groupe poursuite. Les césariennes pour anomalie du rythme cardiaque foetal étaient numériquement moins importantes dans le groupe arrêt (2,4% contre 3,5%). Il en était de même pour les extractions instrumentales (20,5% contre 19,2%, pour anomalie du RCF 7,5% contre 8,8%).

Sans surprise il y avait une différence, "modérée", sur la durée du travail, avec un stade actif 10 min plus long dans le groupe arrêt de l'oxytocine -mais dans 40% des cas l'oxytocine avait été reprise pendant le travail, a rappelé la chercheuse-, 37 min de plus pour le deuxième stade et 47 min de plus entre l'intervention et l'accouchement.

Il y a eu significativement moins d'hyperstimulations utérines dans le groupe arrêt (6,3% contre 10,4%), et pas de différence en termes d'hémorragie du post-partum ou de dépression post-natale.

Il n'y avait pas de différence selon que le travail a été déclenché ou spontané. Mais chez les femmes multipares, il y avait deux fois plus de morbidité néonatale dans le groupe arrêt de l'oxytocine, sans qu'on puisse vraiment l'expliquer, a noté la chercheuse.

"On ne trouve pas de réduction mais pas non plus d'augmentation de la morbidité néonatale, du taux de césarienne ni du taux d'hémorragie du post-partum quand on arrête l'oxytocine en phase active du premier stade du travail, et on a une augmentation de la durée du travail qui est modérée mais sans effet sur le vécu maternel ni le score de dépression à deux mois du post-partum", a-t-elle résumé .

"On peut conclure que dans 60% des cas l'oxytocine peut être arrêtée sans nécessité de reprise. Maintenant il

Agence de presse santé
Dépêche du 23 octobre 2023
Lire sur le site de l'éditeur

faudrait évaluer s'il y a des caractéristiques associées à la nécessité de reprise car c'était un essai randomisé, et dans la pratique clinique quotidienne on n'a pas envie d'arrêter l'oxytocine chez tout le monde, on voit bien chez quelles femmes on pourrait l'arrêter", a-t-elle poursuivi.
Lors de la discussion avec la salle, il a été suggéré que les résultats auraient pu être meilleurs en n'excluant pas les bébés petits pour l'âge gestationnel (PAG)/retards de croissance intra-utérins (RCIU) ainsi que les utérus cicatriciels, plus fragiles, qui peuvent faire des complications. "Ce sont les plus susceptibles de bénéficier de ne pas avoir d'hypertonie utérine etc.", a-t-il été souligné.
"On a exclu les utérus cicatriciels parce que les protocoles sont assez différents entre maternités sur les doses d'oxytocine etc., et on sait qu'on ne pourrait pas les comparer à toute la population générale. Sur les PAG on a gardé ceux supérieurs au 3e percentile, je n'ai pas fait d'analyse sur ce sous-groupe-là", a commenté Aude Girault.
"Je reste persuadée malgré ces résultats qu'il y a un intérêt à arrêter l'oxytocine chez certaines femmes. La question suivante est de savoir chez qui et quel est le réel bénéfice", a-t-elle insisté. Elle a ajouté que les données de STOPOXY allaient être poolées avec celles de l'étude CONDISOX menée au Danemark et aux Pays-Bas, "pour avoir des résultats détaillés là-dessus".
L'étude STOPOXY est en cours de publication dans The Lancet, a-t-elle précisé.

LE QUOTIDIEN DU MEDECIN

Date de parution : 23/10/2023

Lire l'article sur le site

Crise des maternités : la Société de médecine périnatale appelle à restructurer l'offre de soins lors de son congrès

PAR

ANNE-GAËLLE MOULUN -

PUBLIÉ LE 23/10/2023

Article réservé aux abonné

Crédit photo : APHP-COCHIN-VOISIN/PHANIE

Lors des 52es journées de la Société française de médecine périnatale (SFMP) à Lyon, du 18 au 20 octobre, les professionnels de la périnatalité ont alerté sur la situation de plus en plus critique dans les maternités françaises et appelé le gouvernement à restructurer l'offre de soins.

Depuis 2012, la France est devenue une lanterne rouge parmi les pays européens en matière de mortalité infantile, de mortinatalité (morts fœtales après six mois de grossesse) et de mortalité maternelle. Elle se place désormais au 25e rang européen pour la mortalité infantile - très loin de sa 3e position il y a vingt ans - et au 20e rang pour le taux de mortinatalité. Environ 1 200 morts d'enfants pourraient être évitées chaque année, d'après la Société française de néonatologie (SFN). La Haute Autorité de santé estime, dans l'une de ses analyses, que plus de 50 % des événements indésirables graves dont sont victimes les mères et les enfants en salle d'accouchement sont évitables.

Pour le Pr Michel Dreyfus, président de la SFMP, « *il y a d'énormes problèmes de fonctionnement dans les maternités pour des raisons de ressources humaines. Aucun personnel soignant des jeunes générations ne*

LE QUOTIDIEN DU MEDECIN

Date de parution : 23/10/2023

Lire l'article sur le site

souhaite exercer dans des maternités de petite taille, car ces jeunes ont des critères de qualité d'exercice auxquelles ils ne veulent pas déroger ».

Limiter la faute

« *Les jeunes praticiens ne veulent pas faire plus de quatre à cinq gardes par mois et au maximum deux week-ends,* complète le Pr Jean-Christophe Rozé, président de la SFN. *Ils souhaitent travailler en sécurité, dans des équipes suffisamment nombreuses, qui se connaissent et ont confiance les unes dans les autres. Nous devons limiter la faute et pour cela il est hors de question de travailler après 12 heures de garde de nuit. Notre cerveau ne peut pas être au top !* ». Il estime que « *l'ancien modèle de la petite maternité avec deux ou trois notables de garde un jour sur deux ou trois s'épuise. Les médecins qui acceptent de faire la permanence des soins sont devenus une denrée rare* ».

Un avis confirmé par la Dr Camille Le Ray, responsable scientifique de l'enquête nationale périnatale. « *Dans notre étude, les gynécologues-obstétriciens déclarent qu'ils ne sont pas prêts à aller sur plus d'une dizaine d'années de permanence des soins dans les conditions actuelles* », souligne-t-elle.

Pour le Pr Rozé, « *si on met sept professionnels autour de 500 ou 1 000 bébés par an, ils n'ont pas suffisamment de travail pour rester au bon niveau. Ce n'est pas un problème de démographie. On forme plus de gynécologues-obstétriciens. Mais si on les oblige à aller travailler dans des conditions qu'ils ne veulent pas, ils ne feront plus d'obstétrique* ».

Par conséquent, les maternités vont continuer à fermer, comme le constate Pascal Gaucherand, coordonnateur du réseau périnatal Aurore (Auvergne Rhône-Alpes). Cinq maternités ont déjà mis la clé sous la porte récemment et d'autres sont dans l'obligation de fermer des services. « *Le CHU de Saint-Étienne a fermé son service de néonatologie à cause du manque de ressources humaines et le CH de Valence n'arrive pas à faire fonctionner sa pédiatrie néonatale. Selon l'Agence régionale de santé, il devrait être en perspective de monter en maternité de type 3 mais il est dans l'incapacité complète de le faire !* », s'alarme-t-il.

Manque de prise en compte de la situation par les politiques

« *Ce qui est étonnant, c'est le manque de prise en compte de la situation par les politiques,* reprend le Pr Rozé. *Les deux tiers de la mortalité néonatale sont liés à des problèmes de maternités insécures. La population accepte un excès de risque pour garder une proximité des établissements. Le politique est paniqué à l'idée de faire accepter ce constat à la population* ». Il estime qu'« *il faut plutôt beaucoup moins de plateaux techniques, mais leur donner les moyens de fonctionner en sécurité* ».

Malheureusement, les discussions avec les pouvoirs publics sont actuellement au point mort. « *Notre dernière réunion avec le ministère de la Santé a eu lieu le 7 avril avec le Dr Braun, qui n'est plus aux manettes. Son successeur ne nous a pas encore proposé de rendez-vous et nous ne sommes pas conviés aux Assises de la pédiatrie. Il faut réorganiser de manière urgente les soins en périnatalité et aborder notamment la question des soins critiques* », réclame-t-il.

Anne-Gaëlle Moulun

Agence de presse santé
Dépêche du 24 octobre 2023
Lire sur le site de l'éditeur

Plus de la moitié des antibiothérapies néonatales injustifiées pourraient être évitées avec le dosage d'un biomarqueur

Mots-clés : #gynéco #infectio #congrès #obstétrique-périnatalité #réa-soins intensifs #diagnostic

(Par Carole DEBRAY, au congrès de la SFMP)

LYON, 24 octobre 2023 (APMnews) - Le dosage de biomarqueurs à la phase initiale de la suspicion clinique d'infection néonatale tardive pourrait aider à éviter plus de la moitié des antibiothérapies néonatales injustifiées, selon une étude française présentée jeudi au congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP) à Lyon.

Les infections néonatales tardives, survenant après quelques jours de vie, sont fréquentes mais le diagnostic de certitude est difficile, en l'absence de signes cliniques très spécifiques et de marqueurs précoces, ce qui conduit à des antibiothérapies excessives chez les nouveau-nés hospitalisés et à une morbidité accrue ainsi qu'une perturbation du microbiote, a rappelé le Pr Marine Butin du CHU de Lyon.

"On a en néonat' un adage selon lequel tout nouveau-né symptomatique est infecté jusqu'à preuve du contraire", et en réanimation néonatale chez les prématurés "tout nouveau-né suspect d'infection doit recevoir des antibiotiques", a-t-elle souligné.

L'étude de cohorte prospective EMERAUDE, menée à Lyon et à Nantes, avait pour objectif d'identifier un ou des biomarqueurs capables d'exclure précocement le diagnostic d'infection tardive chez les nouveau-nés en réanimation présentant des signes cliniques évocateurs. Elle a inclus 234 nouveau-nés hospitalisés âgés d'au moins sept jours avec une suspicion d'infection néonatale tardive sur les signes cliniques. Les prélèvements, dont les hémocultures, ont été effectués dans le cadre des soins courants.

Onze biomarqueurs protéiques ont été dosés, par les techniques ELLA et ELISA. Le critère principal était l'infection néonatale tardive, confirmée par un comité d'experts en aveugle des biomarqueurs mesurés.

Sur 30 patients analysables, 51 avaient une infection confirmée, 153 une infection qui a été infirmée par le comité d'experts, et 26 une infection indéterminée.

Parmi les nouveau-nés avec infection confirmée, 100% avaient eu des antibiotiques, "ce qui montre que le néonatologue sait faire le diagnostic d'infection, sait reconnaître le vrai infecté". Mais 27,5% des nouveau-nés finalement non infectés avaient aussi reçu des antibiotiques, ce qui montre la difficulté à identifier l'absence d'infection devant des signes cliniques évocateurs.

Sur les 11 biomarqueurs testés, trois parviennent à bien discriminer les nouveau-nés infectés et non infectés, l'IL-6, l'IL-10 et le NGAL, a rapporté le Pr Butin.

Plusieurs modèles de combinaisons de biomarqueurs ont été analysés. Les meilleures performances concernent l'IL-6, l'IL-10 et le NGAL seuls, et des combinaisons présentent des performances "un peu meilleures" mais avec une plus-value faible par rapport à ces trois biomarqueurs seuls.

Parmi les 42 enfants non infectés mais ayant reçu une antibiothérapie, 62% auraient été bien classés -et auraient pu éviter l'antibiothérapie- en utilisant le biomarqueur IL-10, 59,5% avec le NGAL, et 64,3% en utilisant la combinaison PTX3/NGAL.

"A la phase initiale de la suspicion clinique d'infection, le dosage de biomarqueurs pourrait guider le clinicien dans la prescription antibiotique", a conclu la chercheuse. Elle a insisté sur le fait qu'il s'agissait d'une stratégie pour aider à la décision clinique, en ajout au jugement du médecin et aux signes cliniques. Les biomarqueurs n'ont pas été étudiés ici pour reconnaître l'infection, d'ailleurs 100% des enfants vraiment infectés ont été reconnus par le clinicien et ont reçu des antibiotiques, a-t-elle rappelé.

"Il s'agit pour l'instant d'un résultat observationnel. La suite va démarrer bientôt: avec Biomérieux, on est en train de développer un dosage rapide de type *point-of-care* de l'IL-10", utilisable au lit du patient.

En outre, prochainement va commencer une étude, avec l'équipe de Nantes, pour valider les combinaisons et les performances de biomarqueurs obtenues dans l'étude EMERAUDE, et tester des marqueurs transcriptomiques (à l'étape de l'ARN), qui s'expriment plus tôt, ainsi que les biomarqueurs salivaires.

A long terme, si ces biomarqueurs sont validés, l'idée est de comparer leur utilisation au standard de soins actuel, pour voir si on est capable de mieux utiliser et moins prescrire les antibiotiques dans ces services, sans majorer les infections non traitées.

Les résultats d'EMERAUDE ont été publiés dans la revue Biomedicines.

Agence de presse santé
Dépêche du 25 octobre 2023
Lire sur le site de l'éditeur

Endométriose et mauvaises issues de grossesse: le risque de placenta praevia apparaît principalement augmenté

Mots-clés : #gynéco #congrès #obstétrique-périnatalité

(Par Carole DEBRAY, au congrès de la SFMP)

LYON, 25 octobre 2023 (APMnews) - Le risque principal de mauvaise issue de la grossesse associé à l'endométriose apparaît être le *placenta praevia*, selon une étude française présentée la semaine dernière au congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP) à Lyon.

De plus en plus d'études examinent l'association entre endométriose et mauvaises issues de la grossesse, mais elles ont des résultats divergents, dus notamment à des problèmes méthodologiques, a souligné Françoise Vendittelli du CHU de Clermont-Ferrand.

A partir de la base Audipog, son équipe a analysé l'association entre endométriose et risque d'accouchement prématuré chez les femmes ayant accouché dans une maternité française, entre 1999 et 2016, à 22 semaines d'aménorrhée ou plus, ainsi que l'association entre endométriose et risque d'autres complications de la grossesse telles que pré-éclampsie, hémorragie du post-partum (HPP), *placenta praevia*, bébé petit pour l'âge gestationnel, bébé mort-né.

Au total, 2.109 femmes ayant une endométriose et 367.066 femmes sans endométriose ont été incluses. Les premières étaient plus souvent âgées de 35 ans et plus, avaient moins souvent un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 25 kg/m², vivaient moins souvent seules et étaient moins consommatrices de tabac.

Parmi les antécédents médicaux, plus d'un tiers des femmes avec une endométriose présentaient une infertilité, contre 5,0% sans endométriose, et 61,9% avaient eu recours à une assistance médicale à la procréation (AMP) en cas d'infertilité contre 33,0% respectivement.

Les pathologies de la grossesse au cours de la grossesse concernée étaient plus fréquentes dans le groupe endométriose (44,9% contre 37,7%), ainsi que les hospitalisations au cours de la grossesse (27,4% contre 19,8%).

Le début du travail a été moins souvent spontané dans le groupe endométriose (65,7% contre 71,1%) et il y a eu plus de césariennes réalisées avant le travail (14,0% contre 8,7%).

Concernant les issues défavorables étudiées, le risque d'accouchement prématuré (avant 37 semaines) était significativement augmenté de 46% en cas d'endométriose, et de 38% pour les accouchements avant 33 semaines. Le risque de *placenta praevia* était multiplié par 5,6 dans le groupe endométriose, le risque de prééclampsie augmenté de 48% et le risque de petit bébé pour l'âge gestationnel de 17%.

Mais après ajustement, seul le risque de *placenta praevia* restait significativement augmenté, multiplié par 3,27.

Une stratification sur le recours à une AMP a abouti aux mêmes résultats: seul le risque de *placenta praevia* était augmenté en cas d'endométriose, aussi bien chez les patientes ayant bénéficié d'une AMP (x3,66) que sans AMP (x3,15), les risques étant assez proches.

Le risque principal de mauvaise issue de la grossesse associé à l'endométriose est donc le *placenta praevia*.

Toutefois ces risques sont sous-estimés, a tempéré le Pr Vendittelli car la prévalence de l'endométriose dans cette étude est de 0,6% contre les 5 à 10% attendus. La prévalence de l'endométriose n'est pas précisément connue, elle est estimée autour de 10% parmi les femmes en âge de procréer, a-t-elle rappelé.

Mais c'est notamment lié à un biais d'information qui affecte les deux groupes de la même manière, a-t-elle expliqué. Il peut donc y avoir des endométrioses dans le groupe contrôle, par conséquent peut-être qu'on ne retrouve pas certains risques rapportés dans la littérature et qu'il y a une diminution de l'amplitude du risque, a-t-elle poursuivi.

Agence de presse santé
Dépêche du 26 octobre 2023
Lire sur le site de l'éditeur

Les désordres hypertensifs de la grossesse augmentent le risque de maladie cardiovasculaire et de maladie rénale chronique

Mots-clés : #gynéco #cardio #néphro #congrès #obstétrique-périnatalité #HTA #SCA-infarctus #AVC #insuffisance cardiaque #arythmies-arrêt cardiaque #thrombo-embolie

(Par Carole DEBRAY, au congrès de la SFMP)
LYON, 26 octobre 2023 (APMnews) - Les désordres hypertensifs de la grossesse sont associés à une augmentation du risque de maladie cardiovasculaire et de décès, plus particulièrement et de manière plus importante du risque d'insuffisance cardiaque et de maladie rénale chronique, selon une étude française présentée la semaine dernière au congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP) à Lyon.
Les désordres hypertensifs de la grossesse (hypertension artérielle -HTA- chronique avant la grossesse, hypertension gravidique, pré-éclampsie) touchent une femme sur 10 dans le monde. Cela représente environ 62.000 grossesses par an en France, soit 7% des grossesses, dont 2% de pré-éclampsies (3% chez les primipares), a rappelé Grégory Lailler, médecin de santé publique à Santé publique France.
De plus en plus d'études montrent que ces femmes ont un risque augmenté de développer une maladie cardiovasculaire. Un premier travail français sur l'hypertension avait montré que le risque d'hypertension était six fois plus important après une hypertension gravidique et 8 fois plus important après une pré-éclampsie. La question se pose donc de savoir si la sévérité, la précocité et la répétition de la pré-éclampsie augmentent encore le risque de développer des maladies cardiovasculaires dans la vie des femmes, a-t-il poursuivi.
Ce travail a reposé sur les données de la cohorte CONCEPTION constituée à partir des données du Système national des données de santé (SNDS). Elle inclut toutes les femmes ayant accouché en France entre 2010 et 2018 après 22 semaines d'aménorrhée (SA), soit 6,3 millions d'accouchements pour 4,5 millions de femmes.
L'étude s'est concentrée sur les primipares (2,8 millions de femmes) accouchant par voie basse, après exclusion des âges extrêmes (moins de 15 ans ou plus de 49 ans) et des femmes ayant des antécédents cardiovasculaires.
Il y a eu plus de 4,9 millions de naissances au cours du suivi. Dans cette cohorte ont été identifiées, à partir des achats d'anti-hypertenseurs et des codages, l'HTA chronique, l'HTA gravidique et la pré-éclampsie, en distinguant pour cette dernière les formes sévères, précoces (avant 34 SA) et celles associées à un petit poids pour l'âge gestationnel ou à une hypertension.
Les femmes ont été suivies entre le début de leur première grossesse et la survenue d'un évènement, du décès ou la fin de l'étude (31 décembre 2021). Les évènements relevés étaient les accidents vasculaires cérébraux (AVC), embolies pulmonaires, syndromes coronaires aigus (SCA), insuffisance cardiaque, artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI), troubles du rythme/conduction, maladie rénale chronique, décès toute cause, décès cardiovasculaire.
Le suivi moyen a été de 8 ans, et 3,6% des participantes ont développé une pré-éclampsie, 6,2% une hypertension gravidique.
Pour tous les évènements étudiés, excepté les troubles du rythme, un gradient de risque était observé depuis le groupe de l'ensemble des femmes de la cohorte, au groupe des femmes avec hypertension gravidique puis à celui des femmes avec pré-éclampsie. Les deux évènements les plus augmentés en cas de pré-éclampsie étaient l'insuffisance cardiaque (0,05% chez l'ensemble des participantes, 0,12% en cas d'hypertension gravidique et 0,32% en cas de pré-éclampsie) et la maladie rénale chronique (0,07%, 0,14% et 0,51% respectivement).
Par rapport à l'absence de troubles hypertensifs de la grossesse, il y a un *odds ratio* (OR) compris entre 1 et 2 pour quasiment tous les évènements, y compris les décès de toute cause, en présence de troubles hypertensifs de la grossesse. La pré-éclampsie est associée à des OR entre 2 et 5. Pour l'insuffisance cardiaque et la maladie rénale chronique, l'OR est d'environ 7.
En cas de récidive d'hypertension gravidique, il n'y avait pas de sur-risque significatif par rapport aux femmes n'ayant eu qu'une grossesse affectée. En revanche en cas de récidive de pré-éclampsie il y avait un sur-risque de SCA (OR d'environ 6) et de maladie rénale chronique (OR d'environ 17).
En fonction du type de pré-éclampsie, les deux évènements très associés à la catégorie la plus à risque sont l'insuffisance cardiaque et la maladie rénale chronique: le risque de chacun de ces évènements est multiplié jusqu'à 10 pour les pré-éclampsies sévères ou précoces ou associées à l'hypertension, et le risque de maladie

Agence de presse santé
Dépêche du 26 octobre 2023
Lire sur le site de l'éditeur

rénale chronique également multiplié par 10 en cas de pré-éclampsie associée à un petit poids pour l'âge gestationnel.
"Les désordres hypertensifs de la grossesse augmentent de manière très importante le risque de maladie cardiovasculaire et de mortalité", ainsi que de maladie rénale chronique. La sévérité, la précocité et la répétition des pré-éclampsies augmentent encore plus ce risque, a résumé Grégory Lailler.
"Il faut informer ces femmes du sur-risque qu'elles ont, les dépister -simplement prendre la tension, également la glycémie parce qu'un autre travail montre aussi un fort risque de diabète- et les suivre tout au long de leur vie", a-t-il conclu.

Des risques cardiovasculaires multiples tout au long de la vie

Lors d'une autre session, Valérie Olié, épidémiologiste à Santé publique France, a synthétisé toutes les données sur les désordres hypertensifs de la grossesse et morbidité cardiovasculaire maternelle apportées par la cohorte CONCEPTION, qui reflète une quasi-exhaustivité des grossesses en France. Ces données ont fait l'objet de plusieurs publications dans des revues scientifiques au cours des dernières années, outre celles présentées par Grégory Lailler.
La cohorte a permis d'établir que les troubles hypertensifs de la grossesse touchaient 7,4% des grossesses en France, la pré-éclampsie 2,0% des grossesses (2,9% chez les primipares), dont 40% de cas sévères et 20% de cas précoces. Le taux de récidive de ces troubles lors de la deuxième grossesse est de 27,4%, et le taux de récidive de pré-éclampsie de 20% lorsque la première était précoce ou sévère, de 11% lorsqu'elle était légère.
Quelques centaines de femmes de la cohorte avec une hypertension chronique recevaient encore des traitements de l'hypertension contre-indiqués pendant la grossesse, et moins d'une femme sur deux était traitée par aspirine lors de la deuxième grossesse après une pré-éclampsie pendant la première grossesse.
Un sur-risque d'HTA chronique a été mis en évidence après une grossesse affectée par une hypertension gravidique ou une pré-éclampsie, avec des risques relatifs multipliés par 6 et 8, respectivement.
"Les désordres hypertensifs de la grossesse ont des conséquences cardiovasculaires pendant la grossesse, dans le post-partum puis tout au long de la vie des femmes", a-t-elle conclu. Le risque d'HTA chronique après la grossesse nécessite un dépistage plus rapproché, et "il ne faut pas sous-estimer le risque lié à l'HTA gravidique seule", a-t-elle ajouté.
cd/ab/APMnews
[CD6S34NSN]

GYNECO-REPRO-UROLOGIE CARDIO-NEPHRO CONGRÈS ENVOYÉ SPÉCIAL

Medscape

Date de parution : 03/11/2023

Lire l'article sur le site

COVID-19 chez les femmes enceintes : quel impact sur la mère et l'enfant ?

Anne-Gaëlle Moulun
AUTEURS ET DÉCLARATIONS

3 novembre 2023

France — Quel a été l'impact de l'incidence de l'infection maternelle Covid-19 sur la morbi-mortalité maternelle et néonatale menée dans 16 réseaux de périnatalité de six régions ? C'est ce qu'a cherché à savoir l'étude COROPREG dont les résultats ont été présentés par Catherine Deneux-Tharaux et Pierre-Yves Ancel, épidémiologistes à l'Inserm dans l'équipe EPOPé, lors des 52e journées de la Société française de médecine périnatale qui se sont tenues à Lyon du 18 au 20 octobre 2023.

6015 femmes incluses

L'étude COROPREG avait plusieurs objectifs : estimer et décrire en population, la fréquence de l'infection maternelle SARS-Cov2 confirmée ou probable, les issues maternelles et néonatales ainsi que l'état de santé de la mère et de l'enfant à 12 semaines après l'accouchement, identifier les facteurs prédictifs de gravité et d'issues de grossesse défavorable pour la mère et l'enfant, mais aussi évaluer les conséquences à plus long terme de l'infection.

Les chercheurs ont sélectionné une cohorte en population dans 6 régions avec des profils épidémiques variés : Grand-Est, Hauts-de-France, Occitanie, Pays-de-Loire et Auvergne-Rhône-Alpes. 16 réseaux de périnatalité ont participé, soit 281 maternités réalisant en tout 487 000 accouchements annuels, c'est-à-dire 60 % du total national. Les femmes incluses avaient une infection Sars-Cov2 confirmée (PCR positive) symptomatique ou non, ou probable, pendant la grossesse ou le post-partum (7 jours), que l'infection ait donné lieu ou non à une hospitalisation.

Deux périodes d'inclusion ont été retenues : du 1er mars au 30 novembre 2020 et du 1er mars au 30 avril 2021 dans deux régions seulement, Île-de-France et Auvergne-Rhône-Alpes.

Au total, 6015 femmes ont été incluses dans l'étude COROPREG, dont 3172 en Île-de-France (51%) et 1299 en Auvergne-Rhône-Alpes (21%).

Des différences régionales marquées

Les résultats montrent que de mars à mai 2020 – lors de la première vague Covid – la fréquence de l'infection maternelle s'est établie à 1,3 pour 100 accouchements. De juin à août 2021 elle est à 0,3 pour 100 accouchements, entre septembre et novembre 2020, elle est de 2,8. Au total, entre mars et novembre 2020, l'incidence est de 1,4 pour 100 accouchements sur une population de 5260 femmes. Entre mars et avril 2021, elle atteint 4,1 dans les deux régions étudiées à cette période, avec une population de 962 femmes.

L'incidence est plus élevée entre mars et mai 2020 en Île-de-France et dans le Grand-Est où elle atteint 2 pour 100 accouchements, contre 0,4 en Occitanie et Pays-de -Loire, 0,7 en Hauts-de-France et 0,8 en Auvergne-Rhône-Alpes. Pour la période septembre à novembre 2020, c'est la région Auvergne-Rhône-Alpes qui dénombre le plus d'infections, avec une incidence de 4,1. Et entre mars et avril 2021, l'incidence est de 4,5 en Île-de-France et de 2,4 en Auvergne-Rhône-Alpes.

Le 3e trimestre est plus à risque de forme maternelle grave, mais aussi la 2e partie du 2e trimestre Catherine Deneux-Tharaux

« Les variations temporelles et spatiales reflètent non seulement la dynamique de l'épidémie générale, mais aussi l'évolution des pratiques de dépistage », commente Catherine Deneux-Tharaux, épidémiologiste à l'Inserm et co-autrice de l'étude. COROPREG montre que les femmes peuvent être infectées à tous les trimestres de grossesse. Elle note que « le 3e trimestre est plus à risque de forme maternelle grave, mais aussi la 2e partie du 2e trimestre (22 à 28 semaines d'aménorrhée +6) ».

Quatre femmes décédées dans l'échantillon étudié

Les scientifiques se sont ensuite penchés sur les marqueurs de morbidité maternelle. Ils ont défini les formes sévères par différents facteurs notamment cliniques (détresse respiratoire aiguë), biologiques (lactates, pH artériel, PaO2, etc.), ou des critères de prise en charge (ventilation CPAP, pression positive continue, oxygénothérapie haut débit, ventilation mécanique, ECMO, etc.).

Au sein de la cohorte COROPREG, ils ont observé que les formes non symptomatiques représentaient 19 % des cas, soit 1125 femmes, les formes symptomatiques non graves 64 % (3867 femmes), les formes non graves mais avec des symptômes non précisés 11 % (N=681) et les formes graves 6 %, soit 342 femmes. Dans l'échantillon, 4 femmes sont décédées, soit 0,8 pour 1000. « En France, il y a eu 25 décès maternels. Les formes sévères sont globalement assez peu fréquentes chez la femme enceinte, mais quand même quatre fois plus que dans la population du même âge non enceinte », souligne Catherine Deneux-Tharaux.

En France, il y a eu 25 décès maternels Catherine Deneux-Tharaux

Influence de l'âge et des facteurs de vulnérabilité sociale

COROPREG met en évidence l'influence de l'âge de la femme pour les formes sévères uniquement, ainsi que l'influence des facteurs de vulnérabilité sociale sur la survenue de formes graves, mais aussi sur les formes peu ou pas symptomatiques. Ainsi, parmi les 342 infections graves, 36,8 % étaient des femmes de 30 à 34 ans, 24,6 % de 35 à 39 ans, 1,8 % avaient moins de 20 ans, 11,7 % avaient entre 20 et 24 ans, et 17 % entre 25 et 29 ans.

« Le pays de naissance, en particulier Afrique du Nord ou Afrique Subsaharienne, le fait d'avoir plus de quatre personnes dans le logement, de vivre sans conjoint ou de ne pas avoir de logement personnel, sont également des facteurs de risque », indique la chercheuse. « Les caractéristiques associées aux formes sévères sont cohérentes avec la littérature. Il s'agit de l'obésité, de l'âge maternel, des comorbidités et des femmes migrantes et/ou socialement défavorisées », résume Catherine Deneux-Tharaux.

Prématurité un peu plus élevée chez les femmes infectées

Concernant les conséquences périnatales, « la prématurité était un petit peu plus élevé dans la population des femmes ayant fait une infection pendant la grossesse », de l'ordre de 8,9 %, souligne-t-elle. Par ailleurs, 59 enfants se sont montrés positifs au Sars-Cov2 sur les 5953 de la cohorte, soit 1 % des nouveaux-nés de l'étude qui ont eu une PCR positive objectivée. Parmi eux, 13 ont fait une infection grave et 33 une infection non grave avec symptômes.

Parmi les nouveaux-nés de la cohorte, 804 ont été hospitalisés (13,5%) dont 9 pour cause de Covid (0,2%) et 3 en réanimation pour cause de Covid (0,1%).

L'étude a soulevé de nouvelles questions sur les conséquences de l'infection pendant la grossesse sur le développement des enfants et la santé des femmes. Grâce à un questionnaire téléphonique à la mère et à un auto-questionnaire, 5648 femmes et 5745 enfants sont suivis depuis mars 2023 et jusqu'à juillet 2024. « Ce volet de l'étude a deux objectifs. Il s'agit en premier lieu d'évaluer à 36 mois le développement et la santé des enfants, nés de mères infectées par le SARS-Cov2 pendant grossesse et d'étudier les paramètres de l'infection maternelle modulant leur développement (trimestre de l'infection, sévérité, symptomatologie, etc). Et en second lieu, de

mesurer l'impact de l'infection pendant la grossesse sur la santé des femmes pendant les 36 mois suivant l'accouchement, en particulier en cas de Covid long et avec un focus sur leur santé mentale », explique Pierre-Yves Ancel, épidémiologiste à l'Inserm et co-auteur de l'étude. « Il s'agira de documenter de manière objective la pandémie sur la santé des femmes et le développement des enfants afin d'en tirer des enseignements pour la gestion de futures pandémies infectieuses », conclut-il.

Medscape

Publié le 28/11/2023
Lire sur le site de l'éditeur

Santé périnatale : la France mauvaise élève en Europe

Anne-Gaëlle Moulun
AUTEURS ET DÉCLARATIONS

28 novembre 2023

Lyon, France — L'Enquête nationale périnatale 2021 (ENP) ainsi que l'enquête européenne sur les données du réseau Euro-Peristat placent la France en queue de peloton en matière de mortalité infantile et de mortinatalité en Europe.

Lors des 52e journées de la Société française de médecine périnatale, qui se tenaient à Lyon du 18 au 20 octobre, les professionnels de la périnatalité ont alerté sur la crise des maternités françaises et appelé à une restructuration de l'offre de soins.

Une étude publiée dans *The Lancet* en 2022 faisait l'inquiétant constat d'une augmentation de la mortalité infantile en France ces vingt dernières années. Depuis 2012, la France est devenue lanterne rouge des pays européens en matière de mortalité infantile, de mortinatalité (morts fœtales après six mois de grossesse) et de mortalité maternelle.

« Les taux de mortalité infantile et néonatale stagnent voire augmentent en France », a alerté Jennifer Zeitlin, épidémiologiste à l'Inserm, co-autrice d'une étude menée sur les données du réseau Euro-Peristat (Ce réseau permet la surveillance et l'évaluation de la santé périnatale en Europe sur la base d'indicateurs valides et fiables, NDLR) lors de la conférence de presse du congrès.

« Le taux de mortinatalité est de 3,6 pour 1000 naissances en France, ce qui n'est pas très bon par rapport à d'autres pays européens. Le taux de mortalité néonatale à plus de 22 semaines d'aménorrhée (SA) et plus de 24 SA atteint quant à lui 2,6 pour 1000

naissances vivantes en France. C'est largement au-dessus de la moyenne européenne », souligne-t-elle.

"Les taux de mortalité infantile et néonatale stagnent voire augmentent en France - Jennifer Zeitlin"

La France se place désormais au 25e rang européen pour la mortalité infantile, très loin de sa 3e position il y a vingt ans et au 20e rang pour le taux de mortinatalité. 1200 morts d'enfants pourraient être évitées chaque année, d'après la Société française de médecine périnatale.

50 % à 75 % des gynécologues-obstétriciens touchés par le burn-out

La Haute Autorité de santé estime quant à elle que plus de 50 % des incidents graves dont sont victimes les mères et les enfants en salle d'accouchement sont évitables[3].
La France a pourtant un taux de prématurité dans la médiane européenne, à 6,9 %. Le taux de césarienne était de 20,9 % en 2019, ce qui est plutôt bas, (médiane de 26,9 % en Europe) mais le taux d'extraction instrumentale, qui atteint 12,3 %, est largement plus élevé que la médiane européenne de 6,1 %.
Dans une tribune publiée dans *Le Monde* en mars 2023, les présidents de sociétés savantes médicales et une association d'usagers faisaient le lien entre « ces indicateurs alarmants et la dégradation des conditions de travail » dans les maternités.

« De récentes enquêtes ont montré que le burn-out touchait de 50 % à 75 % des gynécologues-obstétriciens, 65,7 % des sages-femmes cadres et que 49 % de pédiatres néonatologistes souffraient de troubles du sommeil liés à leur activité », soulignaient les auteurs.

Limiter la faute

Pour le Pr Michel Dreyfus, ancien président de la Société Française de Médecine Périnatale (SFMP) et signataire de cette tribune, « il y a d'énormes problèmes de fonctionnement dans les maternités pour des raisons de ressources humaines. Aucun personnel soignant des jeunes générations ne souhaite exercer dans des maternités de petites taille, car ces jeunes ont des critères de qualité d'exercice auxquelles ils ne veulent pas déroger. Ils souhaitent des modalités d'exercice qui ne sont sans doute plus les mêmes que celles que nous avons acceptées, avec une sécurité correcte au travail et un confort de vie décents ».

"Il y a d'énormes problèmes de fonctionnement dans les maternités pour des raisons de ressources humaines - Pr Michel Dreyfus"

Medscape

Publié le 28/11/2023
Lire sur le site de l'éditeur

« Les jeunes praticiens ne veulent pas faire plus de quatre à cinq gardes par mois et au maximum deux week-end, complète le Pr Jean-Christophe Rozé, Président de la Société Française de Néonatologie (SFN), également signataire du texte. Ils souhaitent travailler en sécurité, dans des équipes suffisamment nombreuses, qui se connaissent et ont confiance les unes dans les autres. Nous devons limiter la faute et pour cela il est hors de question de travailler après 12h de garde de nuit ! Notre cerveau ne peut pas être au top ! », alerte-t-il. Il juge que « l'ancien modèle de la petite maternité avec deux ou trois notables de garde un jour sur deux ou trois s'épuise. Les médecins qui acceptent de faire la permanence des soins sont devenus une denrée rare ».

"L'ancien modèle de la petite maternité avec deux ou trois notables de garde un jour sur deux ou trois s'épuise - Pr Jean-Christophe Rozé"

Un avis confirmé par la Dre Camille le Ray, responsable scientifique de l'Enquête Nationale Périnatale. « Dans notre étude, les gynécologues-obstétriciens déclarent qu'ils ne sont pas prêts à assurer plus d'une dizaine d'années de permanence des soins dans les conditions actuelles », souligne-t-elle.

Deux tiers de la mortalité néonatale liés à des maternités peu sures

Le Pr Rozé compare la France avec la Suède, qui a anticipé ces difficultés. « Si nous avions le nombre de maternité équivalent à celui des pays nordiques, nous aurions 120 maternités d'après le modèle suédois et 300 d'après le modèle Finlandais. Or, si les chiffres de mortalité de la Suède étaient appliqués à la France, cela correspondrait à 800 morts de moins. C'est 800 drames familiaux et morbidité associée en moins. Il faut que cela soit entendable par la société civile », insiste-t-il.

« En Suède, cela fait longtemps que les médecins ne travaillent pas un lendemain de garde et que les équipes doivent être de 7 à 10 pour faire des gardes », complète la Dre Camille Le Ray.

À la maternité de l'hôpital Karolinska de Stockholm, les soignants font deux gardes de nuit dans la semaine et leur semaine est terminée. Cela nous paraît dingue en France, où nous travaillons cinq jours et une voire deux nuits dans la semaine ! »

« Ce qui est étonnant, c'est le manque de prise en compte de la situation par les politiques. Les deux tiers de la mortalité néonatale sont liés à des problèmes de maternités peu sures. La population accepte un excès de risque pour garder une proximité des établissements. Le politique est paniqué à l'idée de faire accepter ce constat aux Français », déplore le Pr Rozé.

"Les deux tiers de la mortalité néonatale sont liés à des problèmes de maternités peu sures - Pr Rozé"

Medscape

Publié le 28/11/2023
Lire sur le site de l'éditeur

Plateaux techniques moins nombreux mais plus surs

Il estime qu' « il faut plutôt beaucoup moins de plateaux techniques, mais leur donner les moyens de fonctionner en sécurité ». Malheureusement, les discussions avec les pouvoirs publics sont actuellement au point mort.

« Notre dernière réunion avec le ministère de la Santé a eu lieu le 7 avril avec le Dr Braun, qui n'est plus aux manettes. Son successeur ne nous a pas encore proposé de rendez-vous et nous ne sommes pas conviés aux Assises de la pédiatrie. Il faut réorganiser de manière urgentes les soins en périnatalité et aborder notamment la question des soins critiques », réclame-t-il.

"Il faut réorganiser de manière urgentes les soins en périnatalité et aborder notamment la question des soins critiques - Pr Rozé"