

Une collaboration interdisciplinaire pour garantir la sécurité des futures mères et nouveau-nés

Les premiers soins néonataux – recommandations interdisciplinaires

Membres du groupe de travail pluridisciplinaire: Prof. Dr méd. Thierry Girard^a, Dr méd. Christof Heim^b, Prof. Dr méd. René Hornung^c, Prof. Dr méd. Irene Hösli^d, Dr méd. Sebastian Kraye^e, Dr méd. Marc-Alain Panchard^f, PD Dr méd. Riccardo Pfister^g, Prof. Dr méd. Gabriel Schär^h, Sabrina Schipaniⁱ

^a Président SAOA, Bâle; ^b Secrétaire général SSAR, Berne/Coire; ^c Président de la conférence des médecins chefs, Gynécologie suisse, St-Gall;

^d Gynécologie suisse, Bâle; ^e Membre du comité SSAR, Zurich; ^f Membre du comité SSP, Vevey; ^g SSN, Genève; ^h Président Gynécologie suisse, Aarau;

ⁱ Membre du comité central FSS, Uster

Ce document de consensus a été ratifié par les sociétés de discipline médicale suivantes: Gynécologie suisse (SGGG), Société Suisse de Néonatalogie (SSN), Société Suisse de Pédiatrie (SSP), Société Suisse d'Anesthésiologie et de Réanimation (SSAR), Fédération Suisse des sages-femmes (FSS) et Swiss Association of Obstetric Anaesthesia (SAOA).

Avant-propos: Les formes féminines et masculines sont volontairement utilisées en alternance. Le terme «obstétriciennes» désigne systématiquement une équipe (sage-femme et médecin femme).

Les articles de la rubrique «Recommandations» ne reflètent pas forcément l'opinion de la rédaction. Les contenus relèvent de la responsabilité rédactionnelle de la société de discipline médicale ou du groupe de travail signataire.

Introduction

Les futurs parents, très souvent préoccupés par la naissance imminente de l'enfant, assistent à des séances d'information et comparent les différentes maternités. Chacun a ses propres souhaits et exigences. Lors de sondages, les réponses fréquemment données sont le désir d'accompagnement et le suivi continu par une sage-femme dans une proportion 1:1 et des conditions de sécurité optimale pour la mère et l'enfant. Le souhait d'éviter une intervention et de surmonter l'accouchement sans complications sont souvent évoqués. Les femmes désirent également être largement informées, respectées et impliquées dans le processus de décision.

Les changements démographiques (grossesses dans un contexte de pathologies somatiques préexistantes, grossesses après traitement d'in fertilité, grossesses multiples, âge plus tardif des mères) sont autant de nouveaux défis auxquels les services d'obstétrique sont confrontés. Une collaboration interdisciplinaire et professionnelle bien adaptée est la condition pour garantir la sécurité des futures mères et nouveau-nés, mais également pour satisfaire les attentes des futurs parents. Les femmes enceintes présentant un profil à risque élevé pour la mère et/ou l'enfant doivent être

identifiées à temps et admises, respectivement transférées dans un centre de médecine périnatale. Les services d'obstétrique sont tenus, dans un but de stratégie prophylactique, d'établir les structures, de définir les processus et de désigner clairement les champs de responsabilités.

Les recommandations suivantes s'adressent aux institutions d'obstétrique en Suisse, mais également aux obstétriciens, aux sages-femmes, aux néonatalogues, aux pédiatres, aux anesthésistes et au personnel infirmier. Toute justification clinique fondée peut amener les professionnels, selon la situation, à ne pas respecter ces recommandations.

Organisation

Responsabilités

La direction de l'institution d'obstétrique porte l'entière responsabilité organisationnelle pour la mère et l'enfant lors de la phase appelée péripartum. Le responsable de l'unité délègue les structures et les processus spécifiques à la naissance à d'autres groupes professionnels concernés, notamment aux sages-femmes, aux pédiatres/néonatalogues, aux anesthésistes ainsi qu'au personnel soignant spécialisé et aux médecins. Tous collaborent en interdisciplinarité et interprofessionnalité et œuvrent dans leur spécialité de façon autonome et responsable.

Le directeur de l'institution définit par écrit les structures interdisciplinaires nécessaires, les processus et les compétences. Les participants directs doivent être impliqués et sont compétents pour l'application de leur contribution ainsi que pour la communication dans leur domaine de spécialité.

Prise en charge de la mère et de l'enfant

Une prise en charge sûre de la mère et de l'enfant exige la capacité d'un suivi en adéquation avec la situation de

la mère et de l'enfant (ou de plusieurs enfants lors de grossesses multiples). Pour les nouveau-nés, nous parlons de premiers soins néonataux. Ils englobent la surveillance et les soins à un nouveau-né en phase d'adaptation normale ainsi qu'à un nouveau-né présentant des troubles de l'adaptation mais aussi la réanimation néonatale [1].

L'adaptation primaire du nouveau-né dans les premières minutes de vie comporte toujours des risques. Ainsi, une personne compétente et spécialisée dans les premiers soins néonataux¹ (ou plusieurs personnes qualifiées lors de grossesses multiples) doit en priorité être prête à prendre en charge le nouveau-né les 15 à 30 minutes suivant la naissance.

Les sages-femmes et les obstétriciens sont, par définition en première instance, des personnes qualifiées et spécialement formées pour prodiguer les premiers soins néonataux. Dans des maternités sans unité de néonatalogie intégrée, hormis les néonatalogues dont l'aide est sollicitée selon la situation, les pédiatres et les anesthésistes doivent également avoir été formés aux premiers soins néonataux.

Si un risque néonatal est connu avant la naissance, l'accouchement doit alors se dérouler dans une institution dotée des infrastructures techniques adaptées au risque (tab. 1) (voir aussi chapitre «Néonatalogie») [1].

Si un risque direct et connu ou lié indirectement à la naissance du nouveau-né existe, le néonatalogue / le pédiatre doit être informé à temps de la situation et son aide sollicitée si nécessaire (tab. 2 et 3) (voir aussi chapitre «Néonatalogie»).

Lors d'un accouchement s'effectuant par césarienne, l'anesthésiste qui prend en charge la mère en salle d'opération ne peut pas simultanément être responsable et participer aux premiers soins néonataux et / ou à la réanimation. En revanche, l'anesthésiste est, si nécessaire, à la disposition des sages-femmes et des obstétriciens dans la mesure où son soutien n'entrave pas les soins prodigués à la mère.

Conditions cadres

Les disciplines concernées définissent, grâce à ces recommandations, les conditions cadres pour une prise en charge optimale. L'appréciation des risques d'une naissance se fait dans un cadre spécialisé et interdisciplinaire.

Les sociétés des différentes disciplines ont établi des critères qui aident à prendre des mesures prophylactiques et ainsi minimiser le risque en obstétrique par une étroite collaboration interdisciplinaire. Ils sont réunis sous forme de table.

La connaissance et le respect des priorités spécifiques permettent un déroulement idéal des processus.

Recommandations spécifiques à la discipline

Obstétrique

Le dépistage précoce d'un accouchement à risque est important. Il peut s'agir d'une situation à risque, essentiellement pour le nouveau-né et / ou pour la future mère. Solliciter à temps l'aide de néonatalogues, pédiatres, anesthésistes et potentiellement d'autres médecins spécialistes grâce à la liste récapitulative spécifique est primordial. Le cas échéant, il est important de transférer les femmes enceintes dans les délais et de façon anticipée [1].

Les degrés d'urgence d'une césarienne avec un risque lors d'une naissance à terme et le déroulement de l'intervention doivent être protocolés par écrit dans le cadre de l'institution et faire l'objet d'un entraînement régulier à ces situations. Les tableaux 4 et 5 précisent la manière d'agir en cas d'une césarienne en urgence. Les processus mentionnés reposent sur les recommandations des diverses sociétés de discipline internationales [2-4].

¹ Les groupes professionnels concernés (sages-femmes, obstétriciens mais aussi néonatalogues, pédiatres et anesthésistes) doivent acquérir une qualification spécialisée dans les premiers soins et la réanimation mais aussi maintenir leurs connaissances en prenant part à un cours spécifique (par ex. «start4Neo – cours de réanimation» de la Société Suisse de Néonatalogie).

Tableau 1: Quatre degrés d'urgence pour la réalisation d'une césarienne [2].

Degré	Terme	Définition	Délai décision-naissance
1	Césarienne très urgente (= césarienne d'extrême urgence)	Urgence vitale pour la mère / l'enfant (ex: bradycardie sévère, rupture utérine)	Aussi rapide que possible
2	Césarienne urgente	Souffrance maternelle ou fœtale, pas de menace vitale directe (ex: stagnation du travail avec souffrance maternelle ou fœtale)	Dans les 60 minutes
3	Césarienne non programmée, non urgente (césarienne «sans hâte»)	Pas de souffrance maternelle / fœtale mais indication donnée pour une césarienne (ex: stagnation du travail sans souffrance maternelle ou fœtale)	Après concertation, en l'absence de progression du travail, en règle générale dans les 2 heures
4	Césarienne programmée	Intervention programmée	Programmée au bloc au plus tard un jour à l'avance

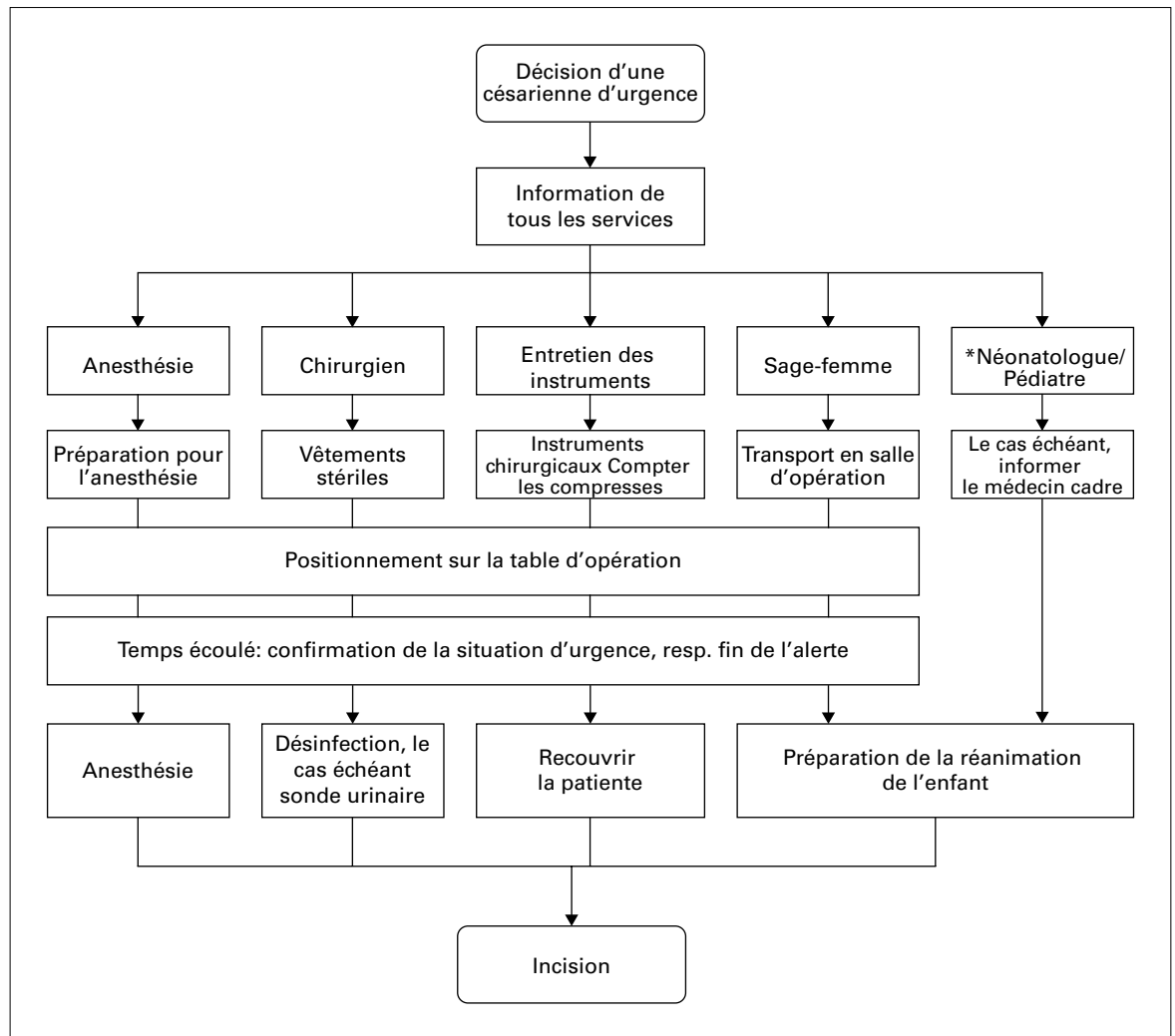


Figure 1: Trame des structures et des processus lors d'une césarienne d'urgence. Modifiée selon [5].

* Dans des maternités avec une unité de néonatalogie intégrée, le néonatalogue/pédiatre est appelé en cas d'alarme groupé; dans les maternités sans pédiatrie/néonatalogie l'appel est destiné à du personnel qualifié et formé aux premiers soins néonataux.

Néonatalogie

Les conditions relatives à la prise en charge et aux premiers soins du nouveau-né peuvent être consultées dans les recommandations de la Société Suisse de Néonatalogie, élaborées en collaboration avec la Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique [1, 6, 7]. Les indications pour un transfert prénatal de la future mère dans un centre de médecine périnatale y sont également mentionnées et sont à ce titre résumées dans le tableau 1.

Les centres périnataux (maternités avec néonatalogie connecté) sont interconnectés au moyen de «Neonet» et dispose de la connaissance des places libres dans des unités de soins intensifs en Suisse [6]. Ils sont responsables d'organiser collectivement le soutien et garantie d'une assistance périnatale et postnatale en Suisse et du transfert dans un centre.

Une évaluation clinique avant la naissance impliquant le néonatalogue / le pédiatre doit avoir lieu suffisamment tôt, s'il existe un risque pour la mère, respectivement pour le fœtus ou si des soins intensifs devront être prodigués à l'enfant (tab. 2).

Anesthésiologie

Lors de la présence de risques pour la mère, respectivement pour le fœtus, qui demandent une prise en charge et des mesures anesthésiques spécifiques, une évaluation clinique par l'anesthésiste doit avoir lieu suffisamment tôt avant la naissance (tab. 6).

Si une femme enceinte présentant de tels risques est sur le point d'accoucher, l'anesthésiste doit être informé et son aide sollicitée.

Tableau 2: Exigences minimales pour la réalisation d'une césarienne selon les recommandations de Gynécologie suisse SGGG [3].

Depuis l'apparition des premiers signes de souffrance fœtale jusqu'à d'éventuelles lésions, il existe un processus continu. Celui-ci ne permet pas de déterminer et de définir l'intervalle qui ne soit pas délétère entre le 1er signe d'alarme et l'extraction fœtale. Pour les grossesses à faible risque et lors de la survenue de danger pour le fœtus, l'intervalle entre le moment de l'alerte transmise au médecin obstétricien spécialiste ne devrait pas dépasser les 3 minutes.

S'agissant de grossesses ou de naissances à risque avec des signes d'alerte préexistants, l'intervalle entre l'alerte et l'extraction devrait être plus court. Les grossesses à haut risque doivent être exclusivement prises en charge dans des cliniques disposant du personnel et des infrastructures qualifiés.

Les protocoles d'urgence doivent être définis dans chaque clinique et faire l'objet d'un entraînement régulier de toute l'équipe.

Tableau 4: Indications pour un conseil prénatal de la part du néonatalogue / du pédiatre.

Facteurs concernant le fœtus / le nouveau-né
Prématurité <34 semaines et / ou poids fœtal estimé <2000 g
Grossesse multiple
Malformations fœtales pertinentes et anomalies génétiques
Thrombopénie fœtale
Maladies infectieuses fœto-maternelles (par ex. VIH, VHC, VHB, herpes, CMV)
Facteurs liés à la mère
Diabète insulino-requérant non stabilisé
Prééclampsie sévère / HELLP
Placenta praevia
Affections cardio-respiratoires, rénales, etc.
Contexte psychosocial exigeant une planification particulière de la phase postnatale de l'enfant: toxicomanie et abus de médicaments, misère, souffrances psychiatriques et autres
Demande des parents ou de l'équipe d'obstétrique

Tableau 3: Indications pour un transfert prénatal [1].

Facteurs concernant le fœtus / le nouveau-né	Indications absolues	Indications relatives
	<ul style="list-style-type: none"> Menace d'accouchement prématuré avant 32 0/7 semaines de gestation Sévères troubles de l'adaptation prévisibles qui nécessiteront des soins intensifs Grossesse multiple (trigémellaire et plus) Malformations congénitales diagnostiquées avant la naissance et nécessitant une prise en charge spécialisée 	<ul style="list-style-type: none"> Infection intra-utérine Maladie hémolytique du fœtus Troubles du rythme fœtal Retard de croissance intra-utérin (poids fœtal <5^{ème} percentile) Fœtus avec malformations congénitales pour lesquelles des mesures intensives ne semblent pas justifiées
Facteurs liés à la mère		Maladie chronique ou instable de la mère (hypertension artérielle, prééclampsie, syndrome HELLP, diabète sucré, état après transplantation, maladies auto-immunes, etc.) Toxicodépendance de la mère
Facteurs structurels	Pour les cliniques sans unité de néonatalogie: <34 0/7-35 0/7 semaines de gestation ou poids estimé <2000 g	

Tableau 5: Présence / disponibilité du pédiatre / néonatalogue selon les risques lors d'une naissance et d'une césarienne.

	Gestion des risques prénatals (risque prévisible)		Gestion des risques intra- et postnatals (risque imprévisible)	
	Risque élevé	Risque moyen	Risque élevé	Risque moyen
	Accouchement en clinique avec qualité de structure élevée (au moins Level IIA ^a)	Néonatalogue / pédiatre est informé et consulté ^b	Information et, le cas échéant, venue du néonatalogue / du pédiatre	Le cas échéant, information et venue du néonatalogue / du pédiatre
Facteurs concernant le fœtus / le nouveau-né	<ul style="list-style-type: none"> Accouchement prématuré (<34 0/7 semaines de gestation) Malformations fœtales nécessitant des soins immédiats Retard de croissance <5^{ème} percentile Poids estimé <2000 g Grossesse multiple Iso-immunisation rhésus et thrombocytes Maladies infectieuses fœto-maternelles conformément au diagnostic du pédiatre Sévères troubles de l'adaptation prévisibles qui nécessitent des soins intensifs 	<ul style="list-style-type: none"> Accouchement par voie basse et par siège Accouchement par voie basse de jumeaux Placenta praevia césarienne <37 0/7 semaines Risque d'infection du fœtus (chorioamnionite, fièvre de la mère) Dilatation du bassin fœtal Arythmies fœtales Silence après mort subite du nourrisson Silence après dystocie des épaules 	<ul style="list-style-type: none"> Incident lié au cordon ombilical Troubles de l'adaptation persistants (moins de 5'-APGAR <6 pH <7,10, ANS durable [1], besoin en oxygène et / ou cyanose, fréquence cardiaque inadéquate, hypothermie / hyperthermie) 	<ul style="list-style-type: none"> Césarienne d'urgence Ventouse/Forceps Oligo- / polyhydramnion Menace d'asphyxie fœtale (liquide amniotique méconial, CTG path.) Malformation imprévisible
Facteurs liés à la mère	<ul style="list-style-type: none"> Toxicomanie Diabète insulino-requérant non stabilisé (par ex. macrosomie fœtale, avant 35 0/7 semaines de gestation, plus vasculopathie maternelle) 	<ul style="list-style-type: none"> Thérapie médicamenteuse de la mère avec effets secondaires potentiels susceptibles de menacer l'adaptation de l'enfant Anamnèse familiale particulière nécessitant un conseil prénatal et postnatal de la part du néonatalogue / du pédiatre Diabète insulino-requérant de type I stabilisé 	<ul style="list-style-type: none"> Prééclampsie sévère / HELLP Saignements sévères prénatals et intranatals 	

^a www.neonet.ch; Standards for level of neonatal care in Switzerland 2012

^b L'indication pour l'information et la venue d'un néonatalogue / d'un pédiatre doit être posée au préalable et peut être prévue grâce à la liste énoncée ci-dessus.

Correspondances:
Gynécologie suisse (SGGG)
Altenbergstrasse 29
Case postale 686
CH-3000 Berne 8
Tél.: 031 313 88 55
Fax: 031 313 88 99
www.sggg.ch
sekretariat[at]sggg.ch

Société Suisse de
Néonatalogie (SSN)
c/o meeting.com Sàrl
Rue des Pâquis 1
CH-1033 Cheseaux-
sur-Lausanne
Tél.: 021 312 92 61
Fax: 021 312 92 63
www.neonet.ch
neonat[at]meeting-com.ch

Société Suisse de Pédiatrie
(SSP – SGP)
Rue de l'Hôpital 15
Case postale 1380
CH-1701 Fribourg
Tél.: 026 350 33 44
Fax: 026 350 33 03
www.swiss-paediatrics.org
secretariat[at]
swiss-paediatrics.org

Société Suisse d'Anesthésio-
logie et de Réanimation
(SGAR-SSAR)
Rappentalstrasse 83
CH-3013 Berne
Tél.: 031 332 34 33
Fax: 031 332 98 79
www.sgar-ssar.ch
info[at]sgar-ssar.ch

Fédération Suisse des
sages-femmes (FSS)
Bureau
Rosenweg 25 C
Case postale
CH-3000 Berne
Tél.: 031 332 6340
Fax: 031 332 7619
www.hebamme.ch
info[at]hebamme.ch

Swiss Association of
Obstetric Anaesthesia (SAOA)
Rappentalstrasse 83
CH-3013 Berne
Tél.: 031 332 34 33
Fax: 031 332 98 79
www.sgar-ssar.ch/
interessengruppen/saoa/
thierry.girard[at]usb.ch

Adresse pour correspondance
Prof. Dr méd. Gabriel Schär
Chefarzt Frauenklinik
Kantonsspital
CH-5001 Aarau
gabriel.schaer[at]ksa.ch

Tableau 6: Liste récapitulative pour la préparation d'une anesthésie prénatale.

Anesthésie

- Problèmes lors d'anesthésies antérieures
- Hyperthermie maligne
- Déficit en pseudocholinestérases
- Allergies multiples (notamment médicaments)

Anatomie de la mère

- Pathologie de la colonne vertébrale et du bassin
- Maladies du système nerveux central
- Anomalie craniofaciale
- Adiposité degré \geq III (à partir IMC $>$ 40 env.)

Affections du système de la mère

(avec symptômes et traitements pertinents)

- Affection pulmonaire
- Maladie cardiovasculaire
- Malformations vasculaires
- Troubles de la coagulation (incluant médication avec héparines de bas poids moléculaire)
- Maladie neuromusculaire
- Trouble psychiatrique
- Refus de produits sanguins (par ex. témoin de Jéhovah)

Risques pour la grossesse

- Troubles placentaires (praevia, accreta, increta, percreta)
- Malformations fœtales
- Prééclampsie
- Grossesse multiple

Conclusions

Ces recommandations doivent aider à garantir une organisation adéquate au sein des institutions d'obstétrique et à faciliter la décision d'un transfert lorsqu'une prise en charge ne peut pas être assurée en présence d'un risque.

Le groupe de travail recommande aux institutions périnatales de procéder à une analyse des décisions prises ou pas prises dans des situations critiques au moyen de séances interprofessionnelles / interdisciplinaires dans le but d'une vérification continue de l'application des conditions cadres et de l'optimisation des processus.

Ces recommandations s'orientent vers des standards et des conseils internationaux. Elles définissent les exigences pour une prise en charge périnatale optimale, sûre et de grande qualité, aussi bien de la mère que de l'enfant. Ce document a été élaboré par les délégués des sociétés des disciplines concernées au cours de 11 séances de groupes de travail et 25 versions de texte. Tous les comités directeurs des sociétés des disciplines concernées ont approuvé ce document.

Une mise à jour de ce document terminée en mars 2016 est prévue en janvier 2019. Responsables sont les sociétés des disciplines impliquées sous la direction de «gynécologie suisse».

Remerciements

La version allemande est la version originale.

Traduction: Dr. Catherine Chevalley, spécialiste en anesthésiologie.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

- 1 Die Betreuung und Reanimation des Neugeborenen. Paediatrica. 2012;23(81):13–23.
- 2 Hösli I, El-Alama - Stucki S, Drack G, et al. Guideline Sectio Caesarea der gynécologie suisse; 2015. Internet: www.sggg.ch/fachthemen/guidelines
- 3 Minimalanforderungen für die Durchführung einer Notfallsectio – Empfehlungen der gynécologie suisse. Internet: sggg; www.sggg.ch/news/detail/1/minimalanforderungen-fuer-die-durchfuehrung-einer-notfallsectio
- 4 American College of Obstetricians and Gynecologists and the Society for Maternal-Fetal Medicine with the assistance of Menard MK, Kilpatrick S, Saade G, Hollier LM, Joseph GF, Jr Barfield W, et al. Levels of maternal care. Am J Obstet Gynecol. 2015;212:259–71.
- 5 Zimmermann R, et al. Handbuch Geburtshilfe. Eigenverlag – Verein zur Förderung der Klinik für Geburtshilfe am USZ: UniversitätsSpital Zürich; 2012.
- 6 www.neonet.ch
- 7 Swiss Society of Neonatology. Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland. 5.12.2012. Internet: http://www.neonet.ch/en/about-us/neonatology-units-switzerland