

Les premiers soins néonataux - Recommandations interdisciplinaires

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)
Swiss Association of Obstetric Anaesthesia (SAOA)

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

Avant-propos:

Les formes féminines et masculines sont volontairement utilisées en alternance.

Le terme «obstétriciennes» désigne systématiquement une équipe (sage-femme et médecin femme).

La version allemande est la version originale.

Traduction: Catherine Chevalley, spécialiste en anesthésiologie

Corrections: Thomas Brack, spécialiste en médecine interne, pneumologie et médecine intensive

Introduction

Les futurs parents, en général très concernés par la naissance imminente de l'enfant, assistent à des séances d'information et comparent les différentes maternités. Chacun a ses souhaits et exigences personnelles. Lors de sondages, les réponses mettent en avant le désir d'accompagnement et de suivi continu personnalisé 1 :1 par une sage-femme ainsi que des conditions de sécurité optimale pour la mère et l'enfant. Le souhait d'éviter des interventions et de vivre l'accouchement sans complications sont également au premier plan. Les femmes désirent aussi être informées de façon détaillée, être respectées et impliquées dans le processus de décision.

Dans la société actuelle, les changements démographiques (grossesses dans le contexte d'une pathologie somatique préexistante, grossesses après traitement d'infertilité, grossesses multiples, âge plus avancé des mères) sont autant de nouveaux défis auxquels les services périnataux sont confrontés.

Une collaboration interdisciplinaire et professionnelle adaptée est la condition pour garantir la sécurité des futures mères et nouveau-nés, et 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. Dans une vision de stratégie prophylactique, les services d'obstétrique sont tenus d'établir les structures nécessaires, de définir les processus et de clairement désigner les champs de responsabilité.

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 dévier ces recommandations.

1. Organisation

1.1 Responsabilités

La direction de l'institution obstétricale porte l'entière responsabilité organisationnelle pour la prise en charge, durant toute la période péripartale, de la mère et enfant. Elle délègue les structures de métier et les processus spécifiques autour de la naissance, aux groupes professionnels concernés, notamment aux sages-femmes, aux pédiatres/néonatalogues, aux anesthésistes ainsi qu'à d'autre personnel soignant et médical spécialisé. Tous collaborent en interdisciplinarité et

interprofessionnalité et œuvrent dans leur spécialité de façon autonome et responsable. Les structures interdisciplinaires, les processus et les compétences nécessaires doivent être fixés par écrit par la direction de l'institution. Les intervenants directs doivent être impliqués et sont compétents pour l'application dans leur domaine ainsi que pour la communication dans leur spécialité.

1.2 Prise en charge de la mère et de l'enfant

Une prise en charge sécuritaire de la mère et de l'enfant exige une compétence simultanée du suivi adéquat de la mère et de l'enfant (ou de plusieurs enfants lors de grossesses multiples). Pour les nouveau-nés, nous parlons des premiers soins néonataux. Ils englobent la surveillance et les soins à un nouveau-né en phase d'adaptation normale ainsi que la prise en charge lors de troubles de l'adaptation qui peut aller jusqu'à la réanimation néonatale¹⁾.

Dans les premières minutes de vie, l'adaptation primaire du nouveau-né comporte des risques. Aussi, une personne compétente et spécialisée dans les premiers soins néonatauxⁱ (ou plusieurs personnes qualifiées lors de grossesses multiples) doit être à disposition pour prendre en charge en priorité le nouveau-né durant les 15 à 30 minutes suivant la naissance.

Par définition, les sages-femmes et obstétriciens sont les personnes qualifiées et spécialement formées pour prodiguer les premiers soins néonataux en première instance. Dans des maternités sans néonatalogue sur place, les pédiatres et anesthésistes doivent également être formés aux premiers soins néonataux, même si un néonatalogue externe pourrait être sollicité au besoin.

Lors de risque néonatal connu avant la naissance, l'accouchement doit se dérouler dans une institution dotée des infrastructures et compétences adaptées au risque (tableau 3, chapitre 3.2)¹⁾.

Lors de risque direct connu ou lié indirectement à la naissance du nouveau-né, le néonatalogue/pédiatre doit être informé à temps de la situation et son aide sollicitée si nécessaire (tableaux 4 et 5, chapitre 3.2).

Lors d'un accouchement par césarienne, l'anesthésiste qui prend en charge la mère au bloc opératoire ne peut pas avoir simultanément

^aPrésident SAOA, Bâle, ^bSecrétaire général SSAR, Berne/Coire, ^cPrésident de la conférence des médecins chefs, Gynécologie suisse, St-Gall, ^dGynécologie suisse, Bâle, ^eMembre du comité SSAR, Zurich, ^fMembre du comité SSP, Vevey, ^gAncien Président SSN, Genève, ^hPrésident Gynécologie suisse, Aarau, ⁱMembre du comité central FSS, Uster

ⁱ Les groupes professionnels concernés (sage-femmes, obstétriciens mis 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).

ment la charge et responsabilité des premiers soins néonataux et / ou de la réanimation néonatale. En revanche, l'anesthésiste donnera son support aux sages-femmes et obstétriciens pour cette prise en charge néonatale dans la mesure où son soutien n'entrave pas les soins prodigués à la mère.

2. 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 aussi bien dans un cadre spécialisé qu'interdisciplinaire.

Les sociétés des différentes disciplines ont établi des listes de critères qui aident à décider des mesures préventives pour minimiser le risque en obstétrique à travers une étroite collaboration interdisciplinaire. Ces critères sont résumés sous forme de tableaux.

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

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. «start-4Neo – cours de réanimation» de la Société Suisse de Néonatalogie).

3. Recommandations spécifiques à la discipline

3.1 Obstétrique

L'identification précoce d'un accouchement à risque est important. Le risque peut concerner le nouveau-né et/ou la future mère et doit ainsi conduire à une planification de la naissance et du lieu de naissance. Les listes récapitulatives proposées (checklist) incitent à une consultation interdisciplinaire précoce

avec néonatalogue, pédiatre, anesthésiste et potentiellement d'autres médecins spécialistes. Le cas échéant, le transfert anténatal vers un centre¹⁾ doit se dérouler de façon coordonnée et sans délai.

Les définitions des degrés d'urgence pour les césariennes à terme et leur déroulement doivent figurer dans des protocoles institutionnels écrits et faire l'objet d'entraînements réguliers. Les tableaux 1 et 2 précisent la manière d'agir en cas de césarienne en urgence. Les processus mentionnés reposent sur les recommandations des diverses sociétés de discipline internationales²⁾⁻⁴⁾.

3.2 Néonatalogie

Les conditions nécessaires 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 3.

Les centres périnataux (maternités avec néonatalogie) sont en réseau via «Neonet» et disposent d'informations sur les places disponibles dans les unités de soins intensifs en Suisse⁶⁾. Ils sont conjointement responsables d'organiser la prise en charge néonatale en Suisse et d'assurer les prises en charge pré et post-natales, ainsi que les transferts dans les centres de références.

Une évaluation clinique impliquant le néonatalogue/le pédiatre doit avoir lieu suffisamment tôt avant la naissance, s'il existe un risque pour la mère ou pour le fœtus ou s'il est probable que l'enfant nécessite des soins intensifs (tableau 4).

3.3 Anesthésiologie

1. En cas de risques pour la mère, ou pour le

fœtus, qui nécessiteraient une prise en charge et des mesures anesthésiques spécifiques, une évaluation clinique par l'anesthésiste doit avoir lieu suffisamment tôt avant la naissance (tableau 6).

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

4. Conclusions

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

Le groupe de travail recommande aux institutions périnatales de procéder à une analyse des décisions prises ou manquées dans des situations critiques lors de séances interprofessionnelles / interdisciplinaires dans un but d'évaluation continue de l'application des conditions cadres et d'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.

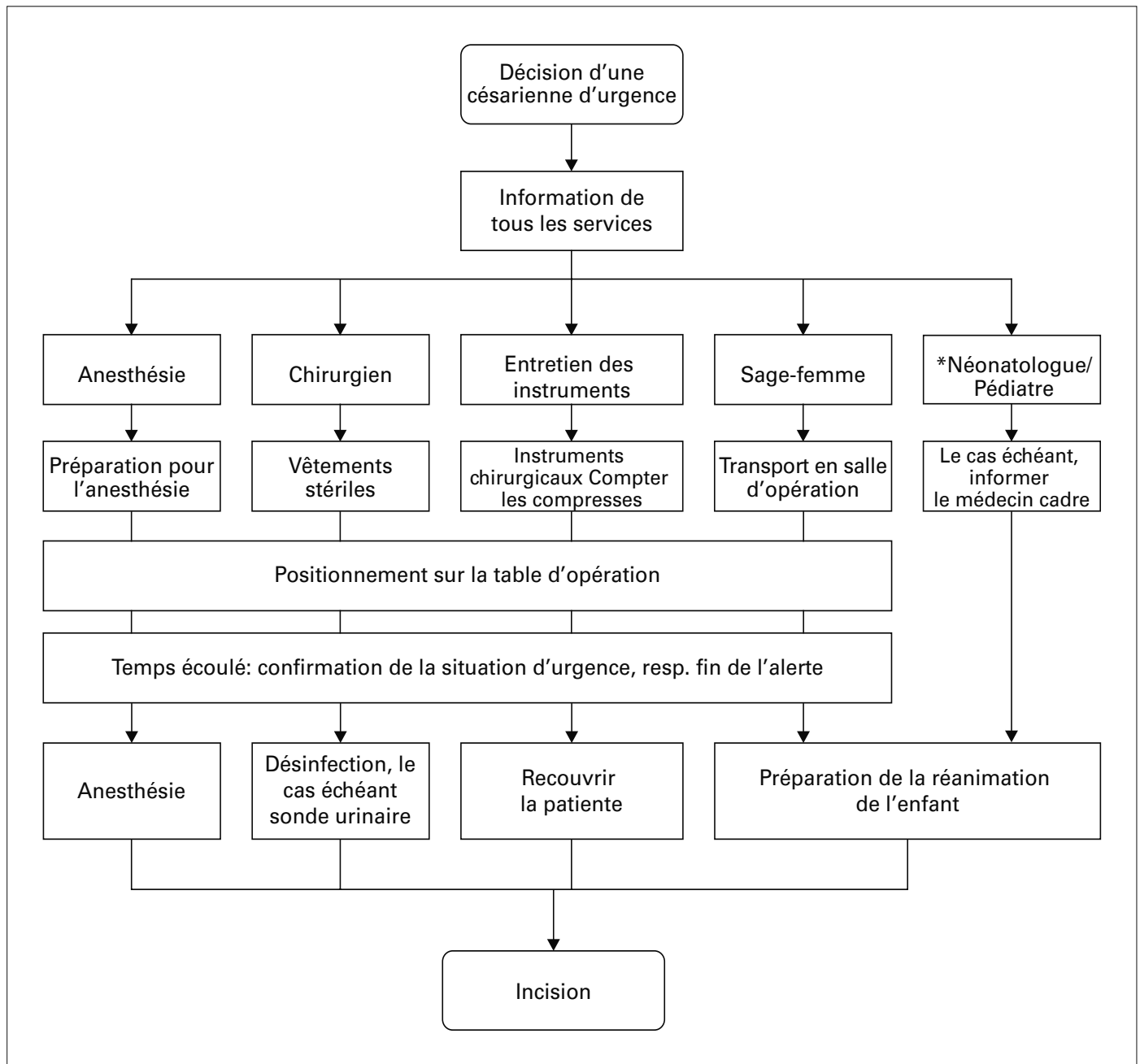
Une mise à jour de ce document terminée en mars 2016 est prévue en janvier 2019. En sont responsables les sociétés des disciplines impliquées sous la direction de Gynécologie suisse.

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 à 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

Tableau 1: Quatre degrés d'urgence pour la réalisation d'une césarienne²⁾

Références

- 1) Paediatrica 23; Nr. 1, 2012;13-23; Die Betreuung und Reanimation des Neugeborenen.
- 2) Guideline Sectio Caesarea der gynécologie suisse; Hösli I, El-Alama- Stucki S, Drack, G et al. 2015 www.sggg.ch/fachthemen/guidelines/.
- 3) Minimalanforderungen für die Durchführung einer Notfallsectio - Empfehlungen der gynécologie suisse 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, Callaghan W, Jennings J, Conry J. Levels of maternal care. Am J Obstet Gynecol 2015 ; 212:259-71.
- 5) Zimmermann et al. Handbuch Geburtshilfe 2012.
- 6) www.neonet.ch.
- 7) Swiss Society of Neonatology. Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland. 5.12.2012. <http://www.neonet.ch/en/about-us/neonatology-units-switzerland/>.



* Dans des maternités avec une unité de néonatalogie intégrée, le néonatalogue/pédiatre est inclus dans le personnel 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.

Schéma 1: Trame des structures et des processus lors d'une césarienne en urgence. Modifiée selon Zimmermann et al. Manuel général d'obstétrique 2012⁵⁾

Depuis les 1ers signes indiquant la survenue d'un danger potentiel aigu pour le fœtus jusqu'à d'éventuelles lésions fœtales, il y a un processus continu qui rend impossible la détermination d'un intervalle défini entre le 1er signe d'alarme et l'extraction fœtale. Pour les grossesses à risque normal ou à bas risque, on peut admettre que cet intervalle ne devrait pas dépasser 30 minutes.

Lorsqu'il s'agit d'une grossesse ou d'un accouchement à risque, ayant déjà montré des signes d'alerte, l'intervalle de temps devrait être plus court. De ce fait, les grossesses à haut risque devraient être prises en charge dans des maternités équipées aussi bien en personnel qu'en infrastructures pour assumer une telle prise en charge.

Les protocoles d'urgences devraient être définis dans chaque clinique et leur déroulement devrait être régulièrement exercé par toute l'équipe.

Tableau 2: Exigences minimales pour la réalisation d'une césarienne selon les recommandations de Gynécologie suisse SGGG³⁾

Facteurs liés au fœtus/au nouveau-né
Prématurité <34 semaines et/ou poids fœtal estimé <2000 g
Grossesse multiple
Malformations fœtales significatives et anomalies génétiques
Thrombopénie fœtale
Maladies infectieuses fœto-maternelles (par ex. VIH, VHC, VHB, herpès, CMV)
Facteurs liés à la mère
Diabète insulino-dépendant 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, précarité, troubles psychiatriques et autres
Demande des parents ou de l'équipe d'obstétrique

Tableau 4: Indications à une évaluation prénatale par le néonatalogue/le pédiatre

	Indications absolues	Indications relatives
Facteurs concernant le fœtus / le nouveau-né	<ul style="list-style-type: none"> - Menace d'accouchement prématuré avant 32 0/7 semaines de gestation - Probabilité de graves troubles de l'adaptation avec nécessité de 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 cardiaque fœtal - Retard de croissance intra-utérin (poids fœtal <5ème percentile) - Fœtus avec malformations congénitales léthales, pour lesquelles des mesures intensives ne semblent pas justifiées
Facteurs liés à la mère		<ul style="list-style-type: none"> - Maladie chronique ou instable de la mère (hypertension artérielle, prééclampsie, syndrome HELLP, diabète sucré, status post 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 3: Indications pour un transfert prénatal¹⁾

	Gestion des risques prénatals (risque prévisible)		Gestion des risques périnatals (risque imprévisible)	
	Risque élevé	Risque moyen	Risque élevé	Risque moyen
	Accouchement en clinique de haut niveau (au moins Level IIa)	Néonatalogue/pédiatre informé et consulté	Information et, le cas échéant, présence du néonatalogue/du pédiatre	Le cas échéant, information et présence du néonatalogue/du pédiatre
Facteurs liés au fœtus / au nouveau-né	- Accouchement prématuré (<34 0/7 semaines de gestation)	- Accouchement en siège par voie basse	- Procidence du cordon ombilical	- Césarienne en urgence
	- Malformations fœtales nécessitant des soins immédiats	- Accouchement par voie basse de jumeaux	- Troubles de l'adaptation persistants (APGAR à 5 min <6, pH <7.10, syndrome de détresse respiratoire persistant, besoin en oxygène et/ou cyanose, fréquence cardiaque inadéquate, hypothermie/hyperthermie)	- Ventouse/Forceps
	- Retard de croissance < 5ème percentile	- Placenta praevia	- Prééclampsie sévère/HELLP	- Oligo-/polyhydramnios
	- Poids estimé <2000 g	- Césarienne <37 0/7 semaines	- Saignements sévères perpartum	- Menace d'asphyxie fœtale (liquide amniotique méconial, CTG pathologique)
	- Grossesse multiple (trigémellaire et plus)	- Risque infectieux (chorioamnionite, fièvre chez la mère)		- Malformation imprévue
Facteurs liés à la mère	- Iso-immunisation rhésus et thrombocytaire	- Dilatation pyélocaliciale fœtale		
	- Maladies infectieuses fœto-maternelles selon l'appréciation du pédiatre	- Arythmies fœtales		
	- Probabilité de graves troubles de l'adaptation avec nécessité de soins intensifs	- Status post mort subite du nourrisson		
	- Toxicomanie	- Status post dystocie des épaules		
	- Diabète insulino-dépendant non stabilisé (par ex. macrosomie fœtale, avant 35 0/7 semaines de gestation, vasculopathie maternelle)	- 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-dépendant de type I stabilisé		

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

^b L'indication à prévenir ou à la présence d'un néonatalogue/d'un pédiatre doit être posée au préalable et peut être anticipée au moyen de la liste ci-dessus

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

Anesthésie

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

Anatomie de la mère

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

Affections systémiques de la mère

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

Risques liés à la grossesse

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

Tableau 6: Indications à une évaluation prénatale par l'anesthésiste**Correspondance**

Prof. Dr. med. Gabriel Schär,
Chefarzt Frauenklinik,
Kantonsspital 5001 Aarau
gabriel.schaer@ksa.ch
Tél: 062 838 50 72
Fax: 062 838 50 91

Gynécologie suisse (SGGG)
Altenbergstrasse 29
Boîte postale 686
3000 Berne 8
Tél: 031 313 88 55
Fax: 031 313 88 99
www.sggg.ch
sekretariat@sggg.ch

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

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

Société Suisse d'Anesthésiologie et de Réanimation (SGAR-SSAR)
Rappentalstrasse 83
3013 Berne
Tél: 031 332 34 33
Fax: 031 332 98 79
www.sgar-ssar.ch
info@sgar-ssar.ch

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

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