

Prise en charge des grossesses et des nouveau-nés de 22 à 26SA

Première réunion le 7 septembre 2012 Validation le 18 décembre 2014 en conseil scientifique

Co	ontexte.		3
1.	Réfé	érences réglementaires et bibliographie	5
2.	Réfé	érences scientifiques	5
	2.1.	Données de la littérature	5
	2.2.	Données régionales (2009 à 2012)	8
		1. Description de la population	
		2. Prévalence en fonction du terme	
		cernant les mères (2009-2012)	
	Con	cernant les enfants (2009-2012)	12
3.	Obje	ectifs des recommandations	13
4.	Lexi	que des abréviations et termes utilisés dans les soins et traitements apportés aux nouveau-nés	13
5.	Prin	cipes théoriques	13
	5.1.	Principes éthiques	13
	5.2.	Principes organisationnels	13
6.	Élén	nents décisionnels	14
	6.1.	Critères fœtaux	14
	6.2.	Critères obstétricaux	14
	6.3.	Critères néonatals	14
	6.4.	Critères maternels	14
7 .	Rec	ommandations prise en charge des prématurissimes	15
	22-2	3.\$ <u>1</u>	47
	-		17
	245		19
	258		21
	26 S	Act plas	
	70	e en charge des grossesses et des nouveau-nés de 22 SA à 26 SA - Synthèse	
	1 113	e en enarge aco grossesses et aes noaveaa nes de 22 sm a 20 sm - synthesemmmmmm	23

Annexes	26
Annexe 1 – Composition du groupe de travail et du comité de relecture	26
Annexe 2 – Extrait annexes à la charte du réseau périnatal, adoptées le 15 mai 2007, actualisée 23 juin 20	14 27

Contexte

Mortalité infantile et néonatale

Si en 2008 et 2009, la Champagne-Ardenne présentait encore des chiffres de mortalité infantile (1) et néonatale (2) défavorables, la situation s'est améliorée en 2010 (source Insee). Ainsi, en 2010, le taux de mortalité infantile régional n'est que très légèrement supérieur à la moyenne France métropolitaine et situe la région au 11 ième rang sur les 22 concernées au lieu du 22 et 21 ième rang en 2008 et 2009. De la même façon, le taux de mortalité néonatale a fortement diminué entre 2009 et 2010 pour descendre ainsi, et pour la première fois depuis 4 ans, au-dessous de la moyenne France métropolitaine.

	Taux de mortalité Infantile (1)			té		Taux de mortalité Néonatale (2)			té
Régions	2007	2008	2009	2010	Régions	2007	2008	2009	2010
Corse	3,9	2,0	2,7	4,3	Basse-Normandie	2,1	2,3	2,7	2,7
Limousin	4,2	2,4	2,8	4,0	Corse	1,8	1,4	1,7	2,7
Haute-Normandie	3,4	4,1	3,6	3,9	Île-de-France	2,7	2,7	2,5	2,6
Alsace	5,3	4,2	5,0	3,9	Haute-Normandie	2,4	2,8	2,4	2,6
Franche-Comté	3,0	4,3	4,1	3,9	Bourgogne	2,0	2,1	2,2	2,6
Île-de-France	3,8	4,0	3,6	3,8	Alsace	4,2	3,1	3,3	2,6
Aquitaine	3,7	3,2	3,9	3,7	Franche-Comté	1,9	2,4	3,1	2,6
Midi-Pyrénées	3,0	3,0	4,0	3,7	Auvergne	2,5	2,1	2,1	2,6
Languedoc-Roussillon	3,6	3,7	4,5	3,7	Bretagne	1,9	2,1	2,3	2,4
Champagne-Ardenne	3,6	5,1	4,9	3,6	Aquitaine	2,3	2,0	2,6	2,4
Basse-Normandie	3,3	3,2	3,8	3,6	Midi-Pyrénées	2,2	2,2	2,9	2,4
Bretagne	3,0	3,2	3,8	3,6	Limousin	2,7	1,8	1,5	2,4
Auvergne	3,4	2,9	3,5	3,5	Languedoc-Roussillon	2,0	2,2	2,6	2,4
Picardie	4,3	4,1	3,9	3,4	Picardie	2,7	2,7	2,7	2,3
Centre	2,8	2,9	3,2	3,3	Lorraine	2,7	2,7	2,4	2,3
Bourgogne	3,3	3,2	3,0	3,3	Centre	1,8	1,8	1,7	2,2
Lorraine	4,4	3,7	3,8	3,3	Provence-Alpes-Côte d'Azur	2,1	2,1	2,2	2,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3,5	3,0	3,3	3,1	Champagne-Ardenne	2,5	3,5	3,1	2,0
Nord-Pas-de-Calais	3,4	3,8	3,2	3,0	Nord-Pas-de-Calais	2,5	2,4	2,0	1,9
Pays de la Loire	3,3	2,8	3,2	2,9	Rhône-Alpes	2,3	2,6	2,1	1,9
Rhône-Alpes	3,2	3,5	3,3	2,8	Pays de la Loire	2,1	1,8	2,0	1,8
Poitou-Charentes	2,9	3,2	3,7	2,7	Poitou-Charentes	1,5	1,9	2,6	1,8
Départements d'outre-mer	7,7	8,8	8,6	7,8	Départements d'outre- mer	5,1	6,4	6,8	5,6
France métropolitaine (f)	3,6	3,6	3,7	3,5	France métropolitaine	2,4	2,4	2,4	2,3
France (g)	3,8	3,8	3,9	3,6	France (g)	2,5	2,6	2,6	2,5

3

Mortalité néonatale et prématurité

En moyenne sur les quatre années 2009 à 2012, sur l'ensemble des décès (source PMSI) survenus dans les premiers 28 jours de vie, 4 décès sur 10 surviennent chez des enfants nés au plus à 27 SA alors que ces enfants ne représentent que 0,3% des naissances.

	2009			2010			2011			2012						
	âge	gestatio	nnel		âge gestationnel			âge gestationnel		nnel		âge gestationnel				
âge au moment du	nd	<=27	28 SA	total	nd	<=27	28 SA	total	nd	<=27	28 SA	total	nd	<=27	28 SA	total
décès		SA	et			SA	et			SA	et			SA	et	
			plus				plus				plus				plus	
<7 jours	4	10	14	28		8	12	20	0	9	12	21	2	13	13	28
de 7 à 27 jours*	1	7	6	14		6	5	11	1	5	5	11	0	9	4	13
Ensemble des	5	17	20	42	0	14	17	31	1	14	17	32	2	22	17	41
décès																
En % du total	12%	40%	48%	100%	0%	45%	55%	100%	3%	44%	53%	100%	5%	54%	41%	100%

Source: RPCA, PMSI MCO 2009 à 2012

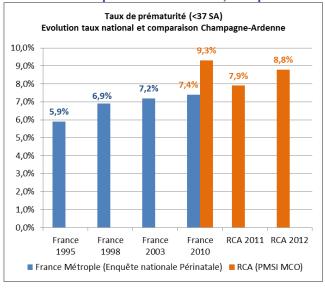
SA: semaines d'aménorrhée

nd: non disponible

Pour comparer efficacement les « performances » des régions en terme de mortalité néonatale il faut donc connaître les termes de naissance des enfants nés vivants car il y a tout lieu de supposer que toutes les régions ne prennent pas en charge de la même façon les enfants nés avant la 25^{ème} ou la 26^{ème} SA.

Compte-tenu des taux 2009 de mortalité infantile et néonatale élevés en Champagne-Ardenne, des **réunions de morbi-mortalité régionales ont été mises en place au printemps 2012, proposant la relecture systématique de tout dossier d'enfant décédés dans le premier mois de vie et nés dans un établissement de la région.** A l'issue de ces réunions, des questionnements sur nos pratiques, sur nos modalités de prise en charge, sur l'annonce faite aux parents, ont émergé.

Evolution de la prématurité France, comparaison Champagne-Ardenne



Le taux national de prématurité augmente de 1,4 point entre 1995 (5,9%) et 2010 (7,4%). Cette augmentation est certainement liée à l'évolution des pratiques médicales obstétricales et néonatales.

Le taux Champagne-Ardenne en 2010 est supérieur au taux national (p<0,01).

1. Références réglementaires et bibliographie

Réglementation

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Modification de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique :

« Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article <u>L. 1110-10</u>. »

Bibliographie

BETREMIEUX, P.; Soins palliatifs chez le nouveau-né, Springer, Paris, 2011

2. Références scientifiques

2.1. Données de la littérature

Avertissement : attention à l'interprétation des chiffres.

A la lecture des articles et dans les résumés, il est parfois difficile d'interpréter les résultats.

Ex : taux de survie, survie à la sortie de Neonat, parmi la totalité des naissances / parmi les enfants nés vivants / parmi les enfants nés vivants et admis en réanimation

Ex : taux de survie sans handicap : parmi la totalité des naissances / parmi les enfants nés vivants / parmi les enfants nés vivants et admis en réanimation/parmi les enfants ayant survécu à la réanimation...

Note de lecture : les âges gestationnels sont en semaines d'aménorrhées (nombre de semaines + 6 jours)

Prise en charge à partir de 22 SA

Taux de survie parmi les naissances vivantes (c'est-à-dire survie à 22SA+0-22 SA +6)

- Suède 10% [Express Group, Fellman V et al., JAMA 2009; 301:2225-53.]
- Japon 36 % [Itabashi K et al., pédiatrics 2009 ; 123 :445-50.]

Prise en charge à partir de 23 SA, Australie, USA, Japon, Suède

Certains pays ne prennent pas en charge les 22 et 23 SA (Allemagne, Hollande, Italie, Espagne)

EPIPAGE (Inserm)

	EPIPAGE 1	EPIPAGE 2		
Année des données	1997	2011		
Population cible	Grands prématurés nés < 33SA	 Extrême prématurité (22+0 > 26+6 SA) Grande prématurité (27+0 > 31+6 SA) Prématurité modérée (32+0 > 34+6 SA) 		
Champ d'inclusion	Toutes les maternités de 9 régions françaises	25 régions de France (98% des naissances en France)		
Période d'inclusion	1 an	Mars à Décembre 2011		

Taux de survie France sur toutes les naissances en fonction du terme de naissance

Taux de survie global : en sortie d'hospitalisation avec ou sans morbidité sévère

Taux de survie sans morbidité sévère : Lésions cérébrales sévères (Leucomalacies cavitaires, hémorragies cérébrales III et IV), entérocolites (stades II et III classification de Bell), DBP sévère (Ventilation mécanique ou CPAP ou Oxygène à 36 SA), rétinopathie stade ≥ 3.

Taux de survie sans morbidité : sans morbidité sévère ou modérée

Terme	global 1997 Epipage 1	global 2011 Epipage 2	sans morbidité sévère 1997 Epipage 1	sans morbidité sévère 2011 Epipage 2	sans morbidité à 2 ou 3 ans 1997 Epipage 1	sans morbidité à 2 ou 3 ans 2011 Epipage 2
22 SA	0%	0%	0%	0%		
23 SA	0%	0%	0%	0%		
24 SA	31%	29%	2%	7%		
25 SA	50%	61%	14%	31%		
26 SA	56%	74%	24%	43%		
27 SA	71%	84%	38%	54%		
28 SA	78%-	90%	50%	67%		
29 SA	89%	96%	63%	80%		
30 SA	92%	96%	80%	86%		
31 SA	95%	98%	85%	91%		
32 SA	97%	98%	90%	95%		

Source. Survival and morbidity of preterm children born at 22 through 34 weeks' gestation in France in 2011: Results of the EPIPAGE-2 cohort study. Pierre-Yves ANCEL, François GOFFINET and the EPIPAGE 2 Writing Group. JAMA Pediatrics. 2014 (in press).

INSERM, U1153, Epidemiology and Biostatistics Sorbonne Paris Cité Research Center, Obstétrical, Perinatal and Pediatric Epidemiology Team, Paris, F-75014 France:

Données intégrées avec l'autorisation du Pr P-Y Ancel dans le cadre des recommandations en Champagne-Ardenne

Comparaisons internationales

niiparaisons internationales						
Nom de l'étude-(référence) (Pays, Durée suivi,-Année de naissance, Type étude)	22 SA Mortalité N/Naissances vivantes/%	22 SA Décès ou morbidité sévère N/Naissances vivantes/%	23SA Mortalité N/Naissance vivantes/%	23 SA Décès ou morbidité sévère N/Naissances vivantes/%	24SA-27SA Mortalité N/Naissance vivantes/%	24-27 SA Décès ou morbidité sévère N/Naissances vivantes/%
NICHD(7) (US,18-24 mois,2002-2004, multicentrique)	309 /322 (96)	-	342/441 <mark>(78</mark>)	22-23 SA 750/763 (98)	24 SA 294/632(47)	24 SA 489/632 (77)
VON (8) (US,18-24 mois,1998-2003, multicentrique)	<23 SA 504/528(96)	<23 SA; 515/528(98)	567/:916(62)	679/916(74)	24-25 SA; 906/3033 (30)	24-25 SA ; 1401/3033 (46)
Victoria(9,10) (Australia, 24 mois, 2005, basée sur la population)	32/33 (97)	-	28/35(80)	-	24-27 SA; 56 :220(25)	22-27 SA; 196/288(68)
EPIBEL (11,12) (BELGIUM ,30-42 mois 1999-2000, basée sur la population)	28/28 (100)	28 /28(100)	40/41(98)	40/41(98)	24-26 SA ; 91/182(50)	24-26 SA ; 142/182(78)
EPICure(13,14) (UK,30 mois, 1995,basée sur population)	136/138 (99)	137/138(99)	216/241(90)	230/241(95)	24-25 SA 525/806 (65)	24-25 SA ; 661/806 (82)
EPIPAGE(15,16) (France, 24 MOIS,1997, basée sur population)	16/16 (100)	16/16(100)	30/30(100)	30/30(100)	24-27 SA; 224/549 (41)	_
ESSEN(17) (Germany,24-30 mois,2000- 2004,hospital based)	8/10(80)	9/10(90)	12/18(67)	12/18(67)	24-25 SA ; 16/55 (29)	24-25 SA 22/55(40)
ETFOL(18) (Denmark,24 mois, 1994-1995,basée sur population)	-	_	<24 SA ; 37/37(100)	<24 SA 37/37(100)	24-27 SA ; 154/349 (44)	24-27 SA 206/349(59)
Current study (Japan, 36 mois,2003-2005, multicentrique),	48/75(64), 43/69(62)	60/75(80)	91/245(37) 82/225(36)	156/245(64)	24-25 SA 139/737 (19) 127/605 (19	24-25 SA ; 267/737(36)
Express study (Swseden, 2004-2007)	(93)	98	66	91	24 SA 40% 25 SA 27% 26 SA 24%	24SA 79% 25 SA 63% 26 SA 46%

Source §: données issues official journal of the américan académy of pédiatriccs 2014; 132:1S-1S 67.

Mortality included cases who died in the delivery room, died in the NCIU or died after discharge until evaluation, but not cases who died intrapartum

Mortaly exluding the infants transferred after birth to the participating centers from cases in footnote a Extrait table 3 survival and neurodevelopmental Outcomes born at 22 end 23 Weeks gestation from the systématic review

2.2. Données régionales (2009 à 2012) -

Un recensement des enfants nés à 26 SA et avant en Champagne-Ardenne a été réalisé par les deux maternités de niveau 3 de la région (CHRU de Reims et le Centre hospitalier de Troyes) sur les années 2009 à 2012. **127 enfants sont ainsi décrits qu'ils soient nés ou non dans le niveau 3**. 21% (27 enfants) sont recensés par le CH de Troyes et 79% (100 enfants) par le CHU.

Recueil et analyse médicale des données réalisées par : Camille Guillot, interne de pédiatrie et Laura Napee, interne en gynécologie obstétrique pour les compléments de données sur les causes d'accouchement prématuré

Exploitation statistiques des données réalisée par Béatrice Chrétien, RPCA

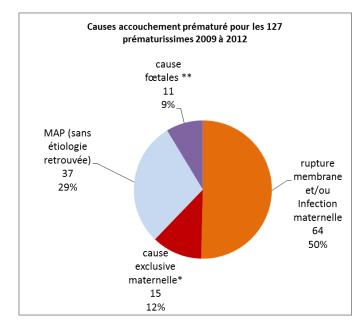
2.2.1. Description de la population

Causes d'accouchement prématuré

29% des accouchements prématurés sans étiologie trouvée

50% des accouchements prématurés pour cause de rupture de membrane et / ou pour cause d'infection maternelle

* pré eclampsie, hellp sd, traumatisme abdo, prématurité induite pour sauvetage maternelle ** HRP, bradycardie et souffrance fœtale, anomalie doppler...

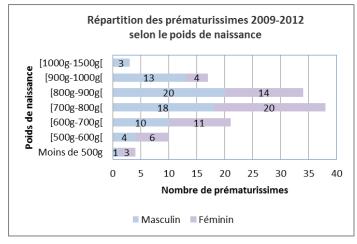


Poids de naissance

Poids moyen: 771 g

73% des enfants entre 600g et 900g 11% de moins de 600g 16% de 900g et plus

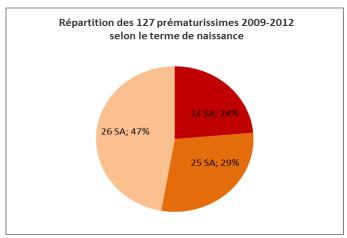
Sexe ratio H/F = 1,2



Terme de naissance

47% des enfants nés à 26 SA

Un peu plus de garçons chez les 24 SA (Sexe ratio H/F = 1,7)



Parité

Multipare: 61%

2^{ième} enfant dans 35% des cas

Parité moyenne des mères : 2,1

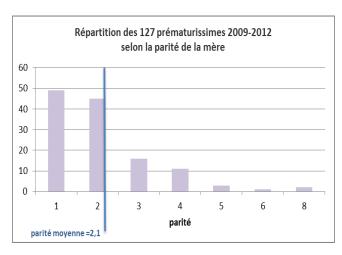
Type de Grossesse

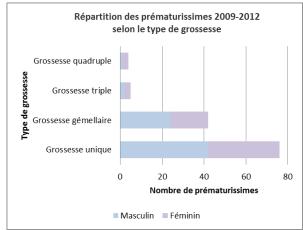
Grossesse unique dans 60% des cas Grossesse gémellaire dans 33% des cas

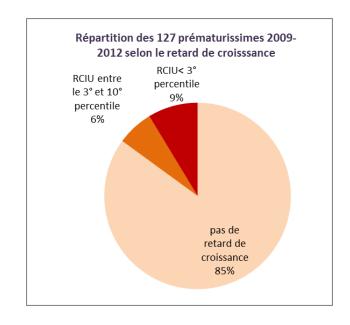


Retard de croissance dans 15% des cas Retard sévère dans 9% des cas

Les filles sont plus souvent concernées par le retard de croissance (sexe ratio H/F = 0,7)





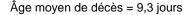


Décès de l'enfant

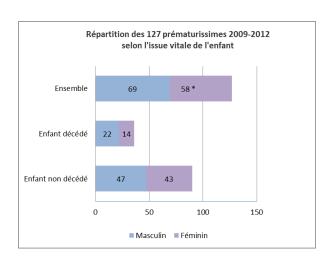
Décès dans 28% des cas soit 36 enfants décédés en 4 ans Décès plus fréquent chez les garçons sexe ratio = 1,6

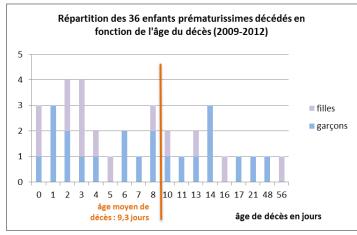
* une donnée « décès » non disponible pour un prématurissime de sexe féminin

% enfants % enfants masculins féminins décédés décédés 32% 24%



25% des décès surviennent le jour ou le lendemain de la naissance.

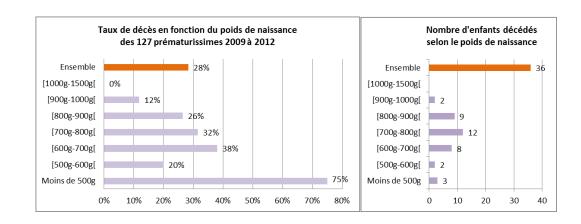




Décès et Poids de naissance

Taux de décès est inversement proportionnel au poids de naissance

Taux de décès le plus élevé pour les moins de 500g (3 enfants sur 4 soit 75%).

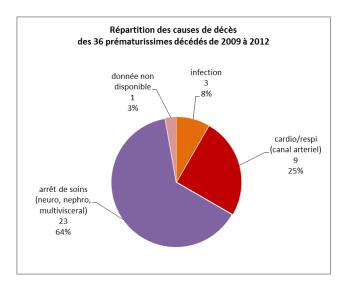


Causes de décès de l'enfant

Principale cause de décès : arrêt des soins dans 64% des cas

25% des décès dus à une défaillance cardio-vasculaire

Pas de décès pour cause digestive



2.2.2. Prévalence en fonction du terme

Concernant les mères (2009-2012)

	24 SA	25 SA	26 SA	Tous termes confondus 24 à 26 SA
Nombre d'enfants recensés	30	37	60	127
Mod	de d'accoucher	nent		
% [n] enfants nés par césariennes - recueil régional	7% [2]	32% [12]	65% [39]	42% [53]
% enfants nés par césariennes - données EPIPAGE2		En cou	rs de publicatio	n
Parmi les 53 césariennes, répartition des causes d'	accouchement	prématuré		
Rupture prématurée des membranes et /ou infection maternelle	-	42% [5]	23% [9]	26% [14]
Induite - cause maternelle exclusive ; pré éclampsie, pathologie maternelle	50% [1]	33% [4]	18% [7]	23% [12]
Menace accouchement prématuré - sans étiologie retrouvée	50% [1]	8% [1]	38% [15]	32% [17]
Causes fœtales - RCIU, oligoamnnios, HRP, anomalie RCF…	-	17% [2]	21% [8]	19% [10]
Causes d'	accouchement	prématuré		
Rupture prématurée des membranes et/ou infection maternelle	43% [13]	70% [26]	42% [25]	50% [64]
Induite - cause maternelle exclusive ; pré éclampsie, pathologie maternelle	7% [2]	11% [4]	15% [9]	12% [15]
Menace accouchement prématuré - sans étiologie retrouvée	47% [14]	14% [5]	30% [18]	29% [37]
Causes fœtales - RCIU, oligoamnnios, HRP, anomalie RCF	3% [1]	5% [2]	13% [8]	9% [11]
Type d'anesti	nésie lors de l'a	ccouchement		
Pas d'anesthésie	13% [4]	19% [7]	7% [4]	12% [15]
Rachi-anesthésie ou anesthésie péridurale	57% [17]	32% [12]	45% [27]	44% [56]
Anesthésie générale	7% [2]	5% [2]	10% [6]	8% [10]
Donnée non disponible	23% [7]	43% [16]	38% [23]	36% [46]

Concernant les enfants (2009-2012)

	24 SA	25 SA	26 SA	Tous termes confondus 24 à 26 SA
Nombre d'enfants recensés	30	37	60	127
% d'enfants nés en niveau 3 (inborn)	80% [24]	73% [27]	82% [49]	79% [100]
% d'enfants avec corticothérapie anténatale (Au moins une dose)	93% [28]	76% [28]	73% [44]	79% [100]
Présence ou non d'une infect	ion chez l'enfar	nt au cours de l	'hospitalisatior	1
Pas d'infection	23% [7]	16% [6]	23% [14]	21% [27]
Suspicion d'infection (« CRP élevée mais germe non prouvé »)	33% [10]	38% [14]	30% [18]	33% [42]
Infection avérée (« CRP élevée et germe prouvé »)	43% [13]	46% [17]	47% [28]	46% [58]
En cas d'infection suspectée ou avérée (100 cas to	us termes conf	ondus)		
Infection primitive (dans les trois jours post-nataux)	52% [12]	61% [19]	28% [13]	44% [44]
Infection secondaire	43% [10]	35% [11]	70% [32]	53% [53]
Donnée non disponible	4% [1]	3% [1]	2% [1]	3% [3]
	Décès			
% décès	50% [15]	30% [11]	17% [10]	28% [36]
Âge moyen du décès (en jours)	14,7	5,1	6,0	9,3
Âge médian du décès	10	4	2	6
Âge minimum de décès	1	0	0	0
Âge maximum de décès	56	14	21	56

3. Objectifs des recommandations

- ⇒ Parvenir dans la région Champagne-Ardenne à une cohérence sur l'annonce et l'information à délivrer aux couples et sur la prise en charge des mères et des enfants. La première information est très souvent celle qui est retenue par le couple, d'où l'importance de celle-ci. A savoir que la décision sera réactualisée en fonction du temps et des évènements marquants.
- Aider chaque professionnel, pédiatres, gynécologues-obstétriciens en collaboration avec les sagesfemmes et les puéricultrices, face à chaque situation, à décider d'une conduite à tenir par l'apport de connaissances actualisées et de résultats dans la région Champagne-Ardenne. Ces recommandations offrent un cadre pour faciliter la réflexion et la décision de chaque équipe qui reste responsable de son choix, d'autant que chaque cas est particulier.
- 4. Lexique des abréviations et termes utilisés dans les soins et traitements apportés aux nouveau-nés.

Abréviations	Sources de données
AG, Age gestationnel en SA	PMSI, programme médicalisé système information
CRP, Protéine C Réactive	EPIPAGE, étude cohorte de 4 000 enfants grands
RCF, rythme cardiaque fœtal	prématurés suivis jusqu'à l'âge de 12 ans en 2011
RCIU, retard croissance intra utérin	EPICURE, étude cohorte de 4 000 enfants grands
RPM, rupture prématurée des membranes	prématurés suivis en 1995
SA : semaines d'aménorrhée	

Devenir anormal: manque d'autonomie, handicap lourd et spécifique, trouble cognitif

5. Principes théoriques

5.1. Principes éthiques

Limites de viabilité.

La limite de viabilité fixée par l'OMS est fixée à un âge gestationnel à la naissance de 22 SA ou un poids de naissance de 500gr. Or le seuil de viabilité n'est pas défini dans la loi de 1993 (Loi n°93-22 du 8 janvier 1993 - art. 6 JORF 9 janvier 1993).

Cadre juridique

En droit français le fœtus n'est pas une personne juridique, c'est donc les parents ou la mère (en cas d'enfant non reconnu par le père) qui décident. Après la naissance le nouveau-né est un sujet titulaire de droits (statut juridique) dès lors qu'il est né vivant (adaptation à la vie extra utérine) et viable (≥22 SA ou 500gr).¹

La loi Léonetti du 22 avril 2005 oblige à s'assurer de l'information donnée aux parents, du recueil de l'avis des parents, et des professionnels impliqués, de la prise de décision collégiale, de la traçabilité des décisions réactualisées, du respect de la loi, au vu de la responsabilité engagée dans la prise de décision.

5.2. Principes organisationnels

- ⇒ Favoriser l'orientation vers les structures de niveaux III dès 23 SA pour établir un bilan et se saisir éventuellement d'un avis du Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal de Reims (CPDPN).
 - 1. Avant toute orientation vers un niveau III, l'information délivrée aux parents <u>ne devra pas</u> avoir de caractère décisionnel.
 - 2. Suite à l'avis ou bilan demandé, l'information délivrée aux parents <u>sera au préalable</u> <u>discutée avec le service d'origine</u>.

BETREMIEUX, P.; Soins palliatifs chez le nouveau-né, Springer, Paris, 2011

- ⇒ Ainsi à l'issue du bilan dans l'unité spécialisée, de la réévaluation de la situation par l'équipe qui prendra en charge la patiente et de la prise en compte de l'avis des parents, l'orientation de la prise en charge pourra se faire :
 - 1. vers une interruption médicale de grossesse (IMG)
 - 2. vers un accueil et des soins palliatifs ; l'accès aux soins palliatifs est prévu comme une alternative à l'obstination déraisonnable dans la loi du 22 avril 2005 et figure au code de la santé publique.
 - 3. vers un accueil pédiatrique envisageable à partir de 24 SA

Le suivi de la grossesse peut être réalisé à domicile ou en hospitalisation dans l'établissement initial (évaluation régulière de la situation).

- ⇒ Lors d'une demande initiale de transfert, l'avis d'un sénior gynécologue-obstétricien et pédiatre est obligatoirement requis pour évaluer la décision du transfert. Une procédure de conversation à 3 pour faciliter les échanges et la coordination est en place au CHU.
- ⇒ Formaliser les staffs pluridisciplinaires dans chaque niveau III, et dans les autres niveaux, développer ou favoriser la visioconférence.
- ⇒ Concourir à l'utilisation de conférence téléphonique ou contact téléphonique (via le numéro unique) entre les niveaux de soins inférieurs et les niveaux III pour avis.
- ⇒ Les numéros des portables professionnels des séniors (gynécologues-obstétriciens et pédiatres) des 2 niveaux III sont confiés à chaque établissement pour un contact direct.
- ⇒ Dans chaque unité, formaliser une **traçabilité écrite** des décisions (issues de staffs, décisions collégiales) portées à la connaissance de tous par le moyen le plus approprié.
- ⇒ Organiser l'annonce ou l'information apportée aux parents en présence du pédiatre, du gynécologueobstétricien et de la sage-femme en anténatal (privilégier un temps dédié, favoriser dans les équipes des « formations à l'annonce »)

6. Éléments décisionnels

Tout en gardant à l'esprit le cadre légal et en tenant compte de l'avis des parents, les différents critères ci-dessous permettront de prendre ou de proposer une décision à un temps donné.

L'avis des parents est naturellement essentiel, mais ne saurait déterminer à lui seul la décision médicale (cf loi Léonetti qui rappelle que la décision est médicale « la décision est prise par le médecin en charge du malade »).

6.1. Critères fœtaux

Age gestationnel, nombre de fœtus, poids fœtal estimé, RCIU, présentation, vitalité, malformations associées...

6.2. Critères obstétricaux

MAP, RPM, contexte infectieux, âge gestationnel, gémellité, pathologie associée (HTA, pré-éclampsie...)

6.3. Critères néonatals

Age maturatif estimé à la naissance, jumeaux ou plus, poids néonatal, maturation, adaptation à la vie extra-utérine, malformations ...

6.4. Critères maternels

La prise en compte de ces critères est à relativiser car d'importance moindre que les critères précédents (fœtaux, obstétricaux et néonatals)

Age maternel, situation psycho-sociale, et familiale, gestité, parité, histoire conceptionnelle...



7. Recommandations prise en charge des prématurissimes



Recommandations de PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES ET DES NOUVEAU-NES à 22 ET 23 SA

1/1

Eléments pronostics 22 et 23 SA

Pas de cas recensés dans la base de données régionale 2009-2012.

Organisation

Après ré-évaluation de la situation (confirmation du terme, absence de pathologie maternelle...), le transfert in utéro vers le niveau 3 n'est pas préconisé. Un avis peut être sollicité. Le transfert in utéro vers le niveau 3 est à envisager si le terme est corrigé à la hausse ou si une pathologie maternelle est associée. Sinon proposer

- Réévaluation journalière médicale et psychosociale
- Retour au domicile dès que l'épisode aigu est passé
- ⇒ Hospitalisation de jour éventuelle

Thérapeutique en cas de non transfert

Corticoïdes	A l'appréciation du praticien. Selon volonté famille pour une prise en charge et si accouchement imminent					
RCF	non en surveillance quotidienne mais ponctuellement pour vérifier la vitalité fœtale					
Echographie	lors du bilan initial					

En cas de naissance inopinée en niveau 1 ou 2

Soins palliatifs en salle de naissance.

- Accompagnement en soins palliatifs idéalement en binôme par des professionnels formés: Sage-femme, Auxiliaire de Puériculture, Puéricultrice ou pédiatre.
- ⇒ L'enfant pris en charge en soins palliatifs sera déclaré né vivant puis décédé.
- Modalités de mise en place des soins palliatifs à définir au sein de chaque établissement.

PédiaCAP: 03 26 78 94 42 (pediacap@chu-reims.fr)

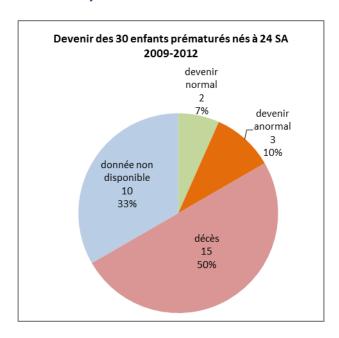
Les principes de mise en œuvre des soins palliatifs sont les suivants :

- Prise en charge pluridisciplinaire
- Recueil anténatal écrit préalable des souhaits des parents à transmettre à l'équipe qui aura en charge l'enfant : les souhaits et besoins des parents étant à réévaluer au fur et à mesure de la prise en charge de l'enfant
- Soins de confort prédominants: positionnement de l'enfant, cocon, pièce calme, lumière feutrée, bruits feutrés,
- Évaluation du confort et prise en charge de la douleur avec par exemple,
 - o l'administration de morphine sublinguale
 - en dernier recours, la possibilité de poser un cathéter VO tout en réfléchissant au bénéfice/inconvénient de ce geste qui peut écourter le temps d'accompagnement (séparation mère-enfant avec risque de décès pendant la pose de KT)
 - En cas de pose de cathéter VO, drogues utilisables et doses :
 - chlorhydrate de morphine (100 gamma kilo en dose de charge puis 10 gamma kilo / heure)
 - et si nécessaire midazolam (20 à 30 gamma kilo/ heure)
 - A rappeler que les gasps sont un réflexe du tronc cérébral après la mort cérébral et non des signes de souffrance ou de douleur
- Présence des parents selon leur souhait, à réévaluer au fur et à mesure de la prise en charge (accompagnement familial adapté à la demande)
 - si les parents ne souhaitent pas voir l'enfant ; organisation des soins de façon à ce qu'un soignant(s) puisse rester auprès de l'enfant
 - soit accompagnement parental : peau à peau ou table chauffante/ cocon/polaire ...
- Pas de monitoring
- Culte religieux en fonction des souhaits des parents
- Accompagnement psychologique
- Visites (fratrie, grands-parents, ...)
- Recueil de traces mémorielles : photographies, carnet de santé, empreintes mèche de cheveux... (des coffrets SPAMA peuvent être commandés)
- Organisation du suivi de deuil (parents, fratrie, ...)

Recommandations de PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES ET DES NOUVEAU-NES à 24 SA

1/2

Eléments pronostics 24 SA





Organisation

Transfert in utéro vers un niveau 3 pour évaluation de la situation.

Prise en charge discutée par staff pluridisciplinaire obstétrico-pédiatrique et discussion parentale.

Thérapeutique

Corticoïdes	oui
RCF	oui l'évaluation quotidienne du RCF est légitime - si rythme normal, argument pour maintien de la grossesse - si rythme anormal∗, à discuter au cas par cas

★Critères normalités à ce terme non clairement définis. (Bradycardie et ralentissements)

Soutien ventilatoire	oui
Massage cardiaque	non

^{*}Si l'enfant a une bonne adaptation initiale : prise en charge respiratoire, intubation, pas de MCE, pas de vasopresseurs, admission en réanimation avec surveillance et évaluation neurologique Si l'enfant a une mauvaise adaptation : pas de poursuite déraisonnable des soins si ne démarre pas à la ventilation au néopuff (3 à 5 insufflations prolongées sur les 30 premières secondes à 15 cm d'eau)

^{*} Taux de survie à la sortie de néonatalogie devenir anormal = manque d'autonomie donnée non disponible = non disponible quant au devenir mais enfant vivant à la sortie de l'hospitalisation

En cas de naissance inopinée en niveau 1 ou 2

En cas de sauvetage maternel par césarienne : appel anténatal (pédiatre néonatologue niveau 3)

Au cas par cas:

- Transfert néonatal vers le niveau 3.
- Soins palliatifs en salle de naissance.
- Accompagnement en soins palliatifs idéalement en binôme par des professionnels formés: Sage-femme, Auxiliaire de Puériculture, Puéricultrice ou pédiatre.
- ⇒ L'enfant pris en charge en soins palliatifs sera déclaré né vivant puis décédé.
- ⇒ Modalités de mise en place des soins palliatifs à définir au sein de chaque établissement.
- L'Equipe Régionale Ressource de Soins Palliatifs Pédiatriques Champagne- Ardenne pourra être contactée pour une aide et un soutien à la mise en place.

PédiaCAP: 03 26 78 94 42 (pediacap@chu-reims.fr)

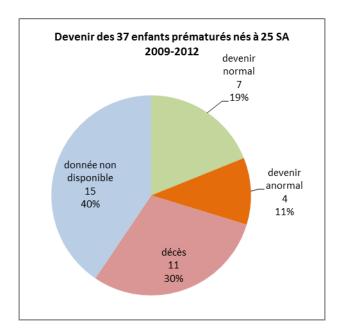
Les principes de mise en œuvre des soins palliatifs sont les suivants :

- Prise en charge pluridisciplinaire
- Recueil anténatal écrit préalable des souhaits des parents à transmettre à l'équipe qui aura en charge l'enfant : les souhaits et besoins des parents étant à réévaluer au fur et à mesure de la prise en charge de l'enfant
- Soins de confort prédominants: positionnement de l'enfant, cocon, pièce calme, lumière feutrée, bruits feutrés,
- Évaluation du confort et prise en charge de la douleur avec par exemple,
 - o l'administration de morphine sublinguale
 - en dernier recours, la possibilité de poser un cathéter VO tout en réfléchissant au bénéfice/inconvénient de ce geste qui peut écourter le temps d'accompagnement (séparation mèreenfant avec risque de décès pendant la pose de KT)
 - En cas de pose de cathéter VO, drogues utilisables et doses :
 - chlorhydrate de morphine (100 gamma kilo en dose de charge puis 10 gamma kilo / heure)
 - et si nécessaire midazolam (20 à 30 gamma kilo/ heure)
 A rappeler que les gasps sont un réflexe du tronc cérébral après la mort cérébral et non des signes de souffrance ou de douleur
- Présence des parents selon leur souhait, à réévaluer au fur et à mesure de la prise en charge (accompagnement familial adapté à la demande)
 - si les parents ne souhaitent pas voir l'enfant ; organisation des soins de façon à ce qu'un soignant(s) puisse rester auprès de l'enfant
 - soit accompagnement parental : peau à peau ou table chauffante/ cocon/polaire ...
- Pas de monitoring
- Culte religieux en fonction des souhaits des parents
- Accompagnement psychologique
- Visites (fratrie, grands-parents, ...)
- Recueil de traces mémorielles : photographies, carnet de santé, empreintes mèche de cheveux... (des coffrets SPAMA peuvent être commandés)
- Organisation du suivi de deuil (parents, fratrie, ...)

Recommandations de PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES ET DES NOUVEAU-NES à 25 SA

1/2

Eléments pronostics 25 SA





Organisation

Transfert in utéro vers un niveau 3 pour évaluation de la situation (cf. <u>principes</u> <u>organisationnels page 13</u>)

Prise en charge discutée en staff pluridisciplinaire obstétrico-pédiatrique.

Thérapeutique

Corticoïdes	oui
RCF	oui

En cas de naissance inopinée en niveau 1 ou 2

En cas de sauvetage maternel par césarienne : appel anténatal (pédiatre néonatologue niveau 3)

Au cas par cas:

Transfert néonatal vers le niveau 3.

Soutien ventilatoire	oui
Massage cardiaque	au cas par cas*

^{*}Si l'enfant a une bonne adaptation initiale : prise en charge respiratoire, intubation, pas de MCE, pas de vasopresseurs, admission en réanimation avec surveillance et évaluation neurologique Si l'enfant a une mauvaise adaptation : pas de poursuite déraisonnable des soins si ne démarre pas à la ventilation au néopuff (3 à 5 insufflations prolongées sur les 30 premières secondes à 15 cm d'eau)

^{*} Taux de survie à la sortie de néonatalogie devenir anormal = manque d'autonomie donnée non disponible = non disponible quant au devenir mais enfant vivant à la sortie de l'hospitalisation

- En cas de refus parental de prise en charge : une discussion pédiatre /obstétricien doit avoir lieu
- Soins palliatifs en salle de naissance en cas d'anomalie majeure associée.
- Accompagnement en soins palliatifs idéalement en binôme par des professionnels formés: Sage-femme, Auxiliaire de Puériculture, Puéricultrice ou pédiatre.
- ⇒ L'enfant pris en charge en soins palliatifs sera déclaré né vivant puis décédé.
- Modalités de mise en place des soins palliatifs à définir au sein de chaque établissement.
- L'Equipe Régionale Ressource de Soins Palliatifs Pédiatriques Champagne- Ardenne pourra être contactée pour une aide et un soutien à la mise en place.

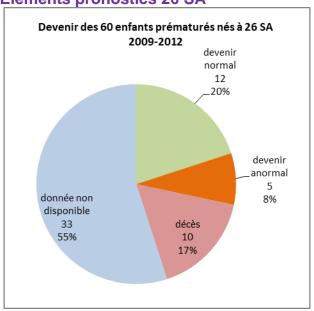
PédiaCAP: 03 26 78 94 42 (pediacap@chu-reims.fr)

Les principes de mise en œuvre des soins palliatifs sont les suivants :

- Prise en charge pluridisciplinaire
- Recueil anténatal écrit préalable des souhaits des parents à transmettre à l'équipe qui aura en charge l'enfant : les souhaits et besoins des parents étant à réévaluer au fur et à mesure de la prise en charge de l'enfant
- Soins de confort prédominants: positionnement de l'enfant, cocon, pièce calme, lumière feutrée, bruits feutrés,
- Évaluation du confort et prise en charge de la douleur avec par exemple,
 - o l'administration de morphine sublinguale
 - o en dernier recours, la possibilité de poser un cathéter VO tout en réfléchissant au bénéfice/inconvénient de ce geste qui peut écourter le temps d'accompagnement (séparation mère-enfant avec risque de décès pendant la pose de KT)
 - En cas de pose de cathéter VO, drogues utilisables et doses :
 - chlorhydrate de morphine (100 gamma kilo en dose de charge puis 10 gamma kilo / heure)
 - et si nécessaire midazolam (20 à 30 gamma kilo/ heure)
 A rappeler que les gasps sont un réflexe du tronc cérébral après la mort cérébral et non des signes de souffrance ou de douleur
- Présence des parents selon leur souhait, à réévaluer au fur et à mesure de la prise en charge (accompagnement familial adapté à la demande)
 - si les parents ne souhaitent pas voir l'enfant ; organisation des soins de façon à ce qu'un soignant(s) puisse rester auprès de l'enfant
 - soit accompagnement parental : peau à peau ou table chauffante/ cocon/polaire ...
- Pas de monitoring
- Culte religieux en fonction des souhaits des parents
- Accompagnement psychologique
- Visites (fratrie, grands-parents, ...)
- Recueil de traces mémorielles : photographies, carnet de santé, empreintes mèche de cheveux... (des coffrets SPAMA peuvent être commandés)
- Organisation du suivi de deuil (parents, fratrie, ...)

1/1

Eléments pronostics 26 SA





Organisation

Une prise en charge systématique et active mère et enfant est recommandée dès 26 SA en tenant compte des éléments décisionnels définis en page 14.

Transfert in utéro vers un niveau 3 pour prise en charge (cf. <u>principes organisationnels page</u> <u>13</u>)

Thérapeutique

Corticoïdes	oui
RCF	oui

En cas de naissance inopinée en niveau 1 ou 2

En cas de sauvetage maternel par césarienne : appel anténatal (pédiatre néonatologue niveau 3)

Transfert néonatal vers niveau 3

Soutien ventilatoire	oui
Massage	
cardiaque	oui
vasopresseurs	

Si l'enfant a une bonne adaptation initiale : prise en charge respiratoire, intubation, pas de MCE, pas de vasopresseurs, admission en réanimation avec surveillance et évaluation neurologique

Si l'enfant a une mauvaise adaptation : pas de poursuite déraisonnable des soins si ne démarre pas à la ventilation au néopuff

^{*} Taux de survie à la sortie de néonatalogie devenir anormal = manque d'autonomie donnée non disponible = non disponible quant au devenir mais enfant vivant à la sortie de l'hospitalisation

Prise en charge des grossesses et des nouveau-nés de 22 SA à 26 SA - Synthèse

	22 0-6	23 0-6	24 0-6	25 o-6	26 0-6
Taux de survie* régional En vert * Taux de survie à la sortie de néonatalogie	-	-	enfant enfant non décédé ; 15; 50% ; 15; 50%	enfant décédé ; 11; 31% enfant non décédé ; 25; 69%	enfant décédé; 10; 17% enfant non décédé ; 50; 83%
TIU		éconisé on du terme	OUI	OUI	OUI
Corticothérapie anténatale	NON		OUI	OUI	OUI
RCF	Ponctuel (vérification viabilité fœtale)		OUI	OUI	OUI
Réanimation	NON		Au cas par cas	Au cas par cas	OUI
Si oui, quelle réa			Cf page 19 (fonction de l'adaptation initiale)	Cf page 21 (fonction de l'adaptation initiale)	Cf. page 23 (fonction de l'adaptation initiale)

Annexes

Annexe 1 – Composition du groupe de travail et du comité de relecture

Groupe de travail

Docteur	AKHAVI	Ahmad	Pédiatre	CHU – AMH
Docteur	ARNAULT	Isabelle	Pédiatre	CH Troyes Néonatologie
Professeur	BEDNAREK	Nathalie	Pédiatre	CHU – AMH Pédiatrie B
Docteur	BORY	Jean-Paul	Gynécologue obstétricien	CHU - HMB
Madame	CHRETIEN	Béatrice	Coordonnatrice administrative	RPCA
Madame	DALIGAULT	Isabelle	Cadre de santé	CHU – AMH Pédiatrie B
Madame	DELAUNOIS	Marie-Madeleine	Sage-femme cadre supérieur	CH Troyes
Docteur	ESTEVE	Régis	Gynécologue-Obstétricien	CH Troyes
Docteur	EUDES ROSNET	Claire	Gynécologue-Obstétricien	CH Troyes
Madame	FAUCHERAND	Martine	Cadre de santé	CH Troyes Néonatologie
Madame	FEVRE	Chantal	Sage-femme cadre	CH Troyes
Professeur	GABRIEL	René	Gynécologue-obstétricien	CHU - HMB
Professeur	GRAESSLIN	Olivier	Gynécologue-obstétricien	CHU - HMB
Docteur	GUILLOT	Camille	Interne pédiatrie	
Docteur	KASSIS MAKHOUL	Bouchera	Pédiatre	CH Troyes Néonatologie
Docteur	KIMPAMBOUDI	Alphonse	Gynécologue-obstétricien	CH Troyes
Madame	LELOUX	Nathalie	Sage-femme coordonnatrice	RPCA
Madame	LIBBRECHT	Christine	Sage-femme	CH Troyes
Professeur	MORVILLE	Patrice	Pédiatre	CHU – AMH Pédiatrie B
Docteur	MOUSSY	Stella	Médecin	CH Troyes
Docteur	Nappee	Laura	Interne gynécologie-obstétrique	CHU Reims
Docteur	NINOT	Alain	Pédiatre	CH Troyes Néonatologie
Docteur	NOIZET-YVERNEAU	Odile	Pédiatre	CHU - AMH Pédiatrie B
Docteur	NTSIKA NKAYA	Prosper	Gynécologue-obstétricien	CH Troyes
Docteur	POMEDIO	Michaël	Pédiatre	CHU - AMH Pédiatrie B
Docteur	ROSNET	Dominique	Gynécologue-obstétricien	CH Troyes
Docteur	SANTERNE	Brigitte	Pédiatre	CHU - AMH Pédiatrie B
Madame	THIEBAUT	Véronique	Sage-femme	CH Troyes
Docteur	THOLLOT	Aurore	Pédiatre	CH Troyes
Docteur	TISSERAND	Elodie	Pédiatre	CHU – AMH Pédiatrie B
Docteur	TUDOSIE	Adriana	Médecin	CH Troyes Pédiatrie

Comité de relecture (pluridisciplinaire et inter niveau de soin des maternités de la région)

Docteur	SOMMER	Christelle	Pédiatre	GCS EPERNAY (type1)
Docteur	SCHAEFER	Jean-Louis	Pédiatre	CH Saint-Dizier (type2B)
Docteur	NOEL	Anne Claire	Pédiatre	CHU Reims
Docteur	LORON	Gauthier	Pédiatre	CHU Reims

Transferts

Les transferts s'effectuent dans la mesure du possible et selon l'état de santé de la mère et/ou de l'enfant dans le respect du libre choix des parents informés, en privilégiant le plus possible la proximité entre l'établissement de soins et l'environnement familial et le maintien du lien mère enfant.

L'indication du transfert est une décision médicale relevant d'un accord entre le médecin demandeur (présent auprès de la patiente ou de l'enfant) et le médecin receveur puis si le transport est médicalisé avec le médecin régulateur du SAMU et le médecin transporteur du SMUR.

Tous les transferts sauf le rapprochement mère enfant doivent utiliser la procédure d'appel du réseau unique périnatalité (centre15) 03 26 78 48 91. L'utilisation des fiches de transfert réseau concernent toutes les procédures (TIU, TNN, RME)

Les transferts in utero (TIU)

L'objectif du TIU est d'adapter le niveau de soins proposé à la gravité de l'état de santé de la mère et/ou de son enfant et éviter autant que possible les transferts postnataux. Ainsi, les TIU tiennent compte de la **présence d'un service de réanimation adulte**, du **niveau de soins pédiatriques des établissements** (IIA, IIB ou III) mais également des **conditions de prise en charge du nouveau-né** par l'établissement dépendant des soins néonatals pratiqués par l'établissement (cf page 4).

Contre-indications au transfert in utero :

- forte probabilité d'accouchement pendant le transfert,
- état maternel incompatible avec le transfert : hémodynamique instable liée à une hémorragie active,
- Toute situation médicale imposant une extraction en urgence (HRP avec enfant vivant, SFA,...)

Indications de transfert d'une femme enceinte :

Idéalement, la mère est transférée le plus précocement possible.

- Vers un centre périnatal de niveau III (Réanimation néonatale Nouveau-né présentant une défaillance vitale ou une situation pathologique très instable) :
 - grossesse à très haut risque et celle nécessitant une réanimation néonatale ou une chirurgie néonatale immédiate
 - menace d'accouchement prématuré (MAP) < 32 SA avec haut risque d'accouchement à court terme
 - rupture prématurée des membranes (RPM) < 32 SA avec haut risque d'accouchement à court terme
 - retard de croissance intra-utérin (RCIU) < 1500 g
 - grossesse multiple exposant à une forte probabilité de naissance avant 32 SA et/ou poids de naissance inférieur à 1500 g.
- Vers un centre périnatal de niveau IIB (Néonatalogie Soins intensifs Nouveau-né présentant une situation pathologique instable avec risque de défaillance vitale nécessitant une surveillance continue):
 - MAP entre 32 et 34 SA, avec haut risque d'accouchement à court terme
 - RPM entre 32 et 34 SA, avec **haut risque** d'accouchement à court terme
 - RCIU compris entre 1500 et 1800 g
 - grossesse multiple exposant à une forte probabilité de naissance entre 32 et 34 SA et/ou poids de naissance compris entre 1500 et 1800 g.
- Vers un centre périnatal de niveau IIA (Niveau II A Néonatalogie hors soins intensifs):

Les conditions de TIU dépendent des conditions de prise en charge des nouveau-nés et des soins néonatals pratiqués par les différents établissements de niveau IIA : se référer au tableau page 4

- Vers un établissement disposant en outre d'un service de réanimation adulte :
 - pathologie maternelle grave (Hellp syndrome),
 - hémorragie grave d'origine obstétricale ou non, exposant la patiente à un risque vital avant, pendant ou au décours immédiat de l'accouchement.

En cas de pathologie maternelle grave liée à la grossesse (Hellp syndrome par exemple) ou antérieure à celle-ci, l'établissement de soins où est transféré la mère dispose d'une unité de réanimation adulte.

En cas de forte probabilité d'hémorragie (ou d'hémorragie active), la patiente est transférée dans un établissement disposant d'un établissement de transfusion sanguine et d'un service de radiologie interventionnelle.

Indications de Re-transfert d'une femme enceinte :

Les établissements de niveaux II et III re-transfèrent aux établissements d'origine la parturiente si la prématurité a été évitée et si la pathologie initiale est écartée et si son niveau de soins redevient compatible avec la prise en charge de la mère et du nouveau-né.

Extrait Circulaire n° DHOS/O1/2006/273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnatals des mères

Définition réglementaire des transports sanitaires

- Les transports sanitaires inter hospitaliers médicalisés sont assurés par des SMUR comme prévu à l'article R6123-10 du code de la santé publique.
- 2. Le transport sanitaire inter hospitalier accompagné par un personnel infirmier prévu à l'article 6 du décret n° 2002-194 du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmier, qui précise que « l'infirmier est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif, quantitatif, préalablement établie, date et signé par un médecin, [...] les soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ».

Ils sont réalisés par les établissements de santé soit par des moyens propres agréés soit par convention avec des entreprises de transport sanitaire. Cette convention, en conformité avec le code des marchés publics, prévoit la structure de facturation avec l'établissement de santé.

3. Le transport sanitaire ambulancier concerne tout transport de personne dont l'état est jugé stabilisé par le médecin et n'encourant a priori pas de risques de complications pendant le transport.

• <u>Liste indicative de cas relevant plus particulièrement d'un transport ambulancier sans accompagnement para médical ou médical</u>

- Rupture prématurée des membranes isolée
- Placenta praevia sans métrorragie ou métrorragie > 12h si transfert nécessaire
- Etat hypertensif, retard de croissance intra utérin (RCIU) et rythme cardiaque fœtal (RCF) normal
- Diabète maternel sans pousse seringue d'insuline
- Cholestase
- Menace d'accouchement prématuré (MAP), y compris les gémellaires sans tocolyse IV
- MAP, grossesse simple sous tocolyse IV par antagoniste de l'ocytocine
- Pré-éclampsie avec pression artérielle équilibrée sans signes fonctionnels : TA \leq 160/100 et protéinurie > 0,3g / 24 h, \underline{si} transfert nécessaire

· Liste indicative de cas relevant plus particulièrement d'un transport infirmier inter hospitalier

- placenta praevia avec métrorragies < 12h, sans saignement actif et durée de transport < 30 minutes
- diabète maternel avec insuline au pousse seringue électrique
- MAP, grossesse simple sous tocolyse IV (médicalisation à discuter au cas par cas si nécessaire en fonction du tocolytique choisi)
- MAP gémellaire avec tocolyse IV par antagoniste de l'ocytocine (à défaut classe 1, si vecteur 2 indisponible)

· Liste indicative de cas relevant plus particulièrement d'un transport médicalisé

- placenta praevia avec métrorragies < 12h, sans saignement actif, et durée de transport > 30 minutes
- MAP sous tocolyse IV : médicalisation à discuter au cas par cas en fonction du tocolytique utilisé
- MAP avec un col ≥ 4 cm de dilatation et terme < 30 SA: à discuter avec le SAMU en <u>conférence</u> téléphonique demandeur / receveur
- pré-éclampsie avec traitement anti-hypertenseur IV : ex nicardipine et PA équilibrée
- pré-éclampsie avec PA systolique > 160 ou diastolique > 100, ou toxémie avec céphalées ou barre épigastrique ou acouphènes ou HELLP syndrome : à voir au cas par cas
- hémorragie de la délivrance, transport pour embolisation, <u>après</u> stabilisation de l'état hémodynamique. La décision et l'organisation du transport médicalisé sont consensuelles entre les différents praticiens (service demandeur, SAMU SMUR, service d'accueil). Le choix de la structure d'accueil tient compte du plateau technique, des possibilités d'hospitalisation sur place et du facteur temps.

· Liste indicative des contre-indications au transport maternel

- placenta praevia avec métrorragies significatives en cours
- état hypertensif, RCIU avec anomalie grave du RCF
- MAP avec dilation du col ≥ 4 cm et terme > 30 SA
- risque d'accouchement pendant le transport
- hémorragie de la délivrance avec état hémodynamique instable. Un état hémodynamique instable contre indique le transport vers une autre structure et conduit à une chirurgie d'hémostase sur place (recommandations du CNGOF et de l'ANAES 1/12/2004).

Prise en charge des nouveau-nés (TIU ou TNN)
La graduation des niveaux de soins repose sur une définition de l'offre de soins néonatals (équipements et personnel) selon les décrets de 1998. Les conditions de prise en charge et les soins pratiqués sont déclarés et validés par chacun des établissements dans le respect de son niveau de soins d'appartenance.

Chaque structure s'engage à transférer ou retransférer tout nouveau-né vers une structure compatible avec l'état de santé de l'enfant prenant en compte le niveau de soins de la structure d'accueil, les conditions de prise en charge du nouveau-né et les soins pratiqués par l'établissement.

AG = Age gestationnel SA	= semaines d'aménorrhée	
	Condition de prise en charge du nouveau-né par l'établissement	Soins pratiqués par l'établissement
	Niveau I -Nouveau-né en bonne s	anté
CH Romilly-sur-Seine (10)		Avec ou sans photothérapie traditionnelle et non intensive
Clinique de Champagne Troyes (10)		
CH Vitry-le-François (51)	AG>= 36 SA et poids >= 2200 g	
CH Langres (52)		
GCS Epernay (51)		
N	iveau II A - Néonatalogie hors soins	intensifs
Polyclinique Saint- André Reims (51)	AG> 35 SA et poids ≥2000 g	Gavage continu
CH Sedan (08)		* O2 < 30 % < 3 heures * perfusion périphérique * gavage * antibiothérapie
CH Châlons-en-Champagne (51)	AG ≥ 34 SA et poids ≥ 1800 g	
CH Chaumont (52)		
Polyclinique Courlancy (51)	AG >= 32 SA et poids >= 1500 g	* Surfactant * Ventilation sur tube et cathé VO d'attente * Transfusion * Oxygénothérapie nasale * Perfusion sur voie veineuse périphérique
	s intensifs Nouveau-né présentant u tale nécessitant une surveillance co	ne situation pathologique instable avec
CH Charleville-Mézières (08),	AG ≥ 32 SA et poids ≥ 1500 g	* instillation de surfactant * transfusion sanguine * nutrition entérale à débit constant * nutrition parentérale par cathéter central
CH Saint-Dizier (52)	·	* ventilation assistée < 24 h * CPAP * O2 >= 30 % * cathéter ombilical
Niveau III - Réanimation né	onatale Nouveau-né présentant une pathologique très instable	défaillance vitale ou une situation
CH Troyes (10)		* ventilation assistée > 24 h * cardiopathie malformative ductodépendante
CHU Reims (51)	AG < 32 SA et poids < 1500 g	* ventilation assistée > 24 h * toutes les malformations cardiaques en attente de chirurgie, cathétérisme interventionnel * malformation nécessitant une prise en charge chirurgicale