

Les premiers soins néonataux – Recommandations interdisciplinaires pour le transfert et la prise en charge

Version mise à jour le 23.02.2022

gynécologie suisse (SGGG)
Académie de médecine fœto-maternelle (AFMM)
Société suisse de néonatalogie (SSN)
Société suisse de pédiatrie (SSP)
Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine (SSAPM)
Fédération suisse des sages-femmes (FSSF)
Swiss Association of Obstetric Anaesthesia (SAOA)
Association suisse des maisons de naissance (IGGH-CH®)

Membres du groupe de travail interdisciplinaire :

Thierry Girard – SAOA, SSAPM, Bâle
Seraina Schmid – Présidente CMC, Grabs
Irene Hösli - gynécologie suisse, Bâle
Nicole Ochsenbein - Kölbe, gynécologie suisse, Zurich
Markus Hodel - gynécologie suisse, Lucerne
Gabriela Sutter - IGGH-CH®, Bäretswil
Monica Ragazzi – SSN, Bellinzona
Anne Steiner - FSSF, Olten
Roger Rytz - Président gynécologie suisse, Yverdon-les-Bains
Monya Todesco Bernasconi - gynécologie suisse, Aarau
Riccardo Pfister – SSN, Genève

Adresse postale:

Dr méd. Monya Todesco Bernasconi, Médecin-chef de service d'obstétrique et de médecine périnatale de la Clinique de gynécologie et d'obstétrique, Hôpital cantonal Aarau, 5001 Aarau
Sekretariat.todesco@ksa.ch
Tél: 062 838 50 73

Avant-propos:

La diversité des sexes est mise en évidence par un point médian de genre, , dans ce document

L'obstétrique doit toujours être considérée comme une équipe (sage-femme et médecin).

Die deutsche Fassung ist die Stammversion. Übersetzung: 30.5.2022....

Korrekturlesung: 20.6.2022...

Contexte

Nous avons pour objectif commun la meilleure santé possible et une sécurité maximale pour toutes les mères et nouveau-nés de Suisse. À l'aide de la présente recommandation, nous souhaitons améliorer la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire.

Les changements démographiques (grossesses dans un contexte de pathologies somatiques préexistantes, grossesses après traitement d'infertilité, grossesses multiples, âge plus tardif des mères, augmentation des grossesses avec antécédents de césarienne ou autres interventions utérines) sont autant de nouveaux défis auxquels les organisations d'obstétrique sont confrontées. 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. Pour tous les enfants présentant un risque d'adaptation primaire non physiologique, identifiable avant la naissance, l'accouchement doit se dérouler dans un hôpital disposant de soins pédiatriques.

Toutes les organisations actives dans le domaine de l'obstétrique ainsi que l'obstétrique extrahospitalière sont tenues, dans un but de stratégie prophylactique, d'établir les structures, de définir les processus et de désigner clairement les champs de responsabilités.

Toute justification clinique fondée peut amener les professionnels, selon la situation, à s'écarter de ces recommandations.

1. Organisation

1.1 Responsabilités

La direction de l'institution d'obstétrique porte l'entière responsabilité organisationnelle pour la mère et l'enfant lors de la phase appelée péri-partum. Le responsable de l'institution 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.

Les personnes impliquées dans les interfaces communiquent régulièrement entre elles, examinent ensemble dans quels domaines des processus d'amélioration doivent être apportés et se chargent ensuite de la mise en place dans leur discipline. La direction 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.

1.2 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 néonatale¹.

L'adaptation primaire du nouveau-né dans les premières minutes de vie comporte toujours des risques. Ainsi, une personne compétente et spécialisée dans les soins néonatauxⁱ (ou plusieurs personnes qualifiées en cas de grossesse multiple) doit être disponible en priorité pour la prise en charge du nouveau-né pendant les 15 à 30 premières minutes.

Les sages-femmes, les infirmier·ère·s et les obstétricien·ne·s sont les professionnels qualifiés et spécialement formés en première instance 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 (p. ex. avec «start4neo»). Pour tout accouchement extrahospitalier, la présence de deux professionnels disposant d'une formation en réanimation pour adultes et ayant p. ex. suivi un cours «start4neo» est requise.

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.

ⁱ Les groupes de métier impliqués (sages-femmes, personnel infirmier, obstétricien-ne-s, ainsi que néonatalogues, pédiatres et anesthésistes) doivent acquérir, mais aussi maintenir une qualification en premiers soins néonataux et en réanimation en prenant part à un cours spécifique (p. ex. « start4Neo – Cours de réanimation » de la Société suisse de néonatalogie).

La Société suisse de néonatalogie a défini les niveaux de soins (*level*) suivants :

SSN Level selon CANU	III	IIB	IIA	I
FMH/ISFM	A	B	B	-
Âge gestationnel	tous	>32 0/7 SSW	>34 0/7 SSW	35 0/7-36 6/7 SSW
Poids	tous	>1250g	>1500g	>2000g
Assistance respiratoire	oui	non	non	non
Surveillance	continu	continu	continu	oui
CPAP	oui	oui	non	non
Cathéter central	oui	év.	év.	non

Néonatalogie «Level of care» – version abrégée; www.neonet.ch⁵

Les divergences en matière de définition des semaines de grossesse entre les mandats de prestations cantonaux et les «levels» des soins néonataux constituent un défi dans la pratique. À cet égard, le groupe de travail recommande aux sociétés de discipline de s'engager en faveur d'une unification des définitions.

S'il y a un risque direct connu pour le nouveau-né, ou un risque indirect lié à la naissance, le néonatalogue/ pédiatre doit être informé en temps utile et son intervention sollicitée si nécessaire (Tableaux 4 et 5, Chapitre 3.2).

En cas de césarienne, le service d'anesthésiste, qui prend simultanément en charge la mère au bloc opératoire, ne peut par principe pas être tenu d'assumer les premiers soins néonataux ou une réanimation. En revanche, l'anesthésiste est disponible pour apporter du soutien aux sages-femmes et obstétricien-ne-s si nécessaire, pour autant que cela ne compromette pas les soins à la mère.

2. Conditions cadres

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

Les sociétés des différentes disciplines ont établi sous forme de tableau les critères qui conduisent de manière ciblée à prendre des mesures prophylactiques et ainsi minimiser le risque en obstétrique par une étroite collaboration interdisciplinaire. La connaissance et le respect des priorités spécifiques permettent un déroulement fluide des processus.

3. Recommandations spécifiques à chaque discipline

3.1 Obstétrique

Le dépistage précoce d'un accouchement à risque est important. Il peut s'agir d'une situation à risque pour le nouveau-né et/ou la future mère, qu'il est essentiel de détecter précocement afin de mener les réflexions nécessaires au sujet de la naissance et du lieu de naissance. L'intervention en temps utile de néonatalogues, pédiatres, anesthésistes et év. médecins d'autres disciplines (selon les check-lists spécifiques établies) doit être planifiée (Tableaux 3-6). D'autre part, les femmes enceintes présentant d'éventuels risques doivent être transférées en temps opportun, c'est-à-dire avec anticipation, dans une institution adaptée à leur situation¹.

Les degrés d'urgence d'une césarienne pour une naissance à terme, à faible risque, doivent être définis par écrit dans le cadre de l'institution et les différents scénarios faire l'objet d'un entraînement régulier. Les tableaux 1 et 2 présentent les indications ainsi que les exigences pour l'obstétrique clinique. Les processus mentionnés reposent sur les recommandations de diverses sociétés de discipline internationales^{2,3,4}.

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

Degré	Terme	Définition	Délai décision-naissance
1	Césarienne d'urgence (= d'extrême urgence)	Urgence vitale, pour la mère/l'enfant, p. ex. bradycardie sévère, rupture utérine.	Aussi rapide que possible
2	Césarienne urgente	Souffrance maternelle ou fœtale, sans menace vitale directe (p. ex. stagnation du travail avec souffrance maternelle ou fœtale).	Dans les 60 minutes
3	Césarienne non programmée, non urgente (césarienne «sans hâte»)	Pas de menace pour la mère / l'enfant, mais l'indication pour une césarienne est donnée, p. 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 2: Exigences minimales pour la réalisation d'une césarienne d'urgence selon les recommandations de gynécologie suisse SSGO²

Depuis les premiers signes de menace aiguë pour le fœtus jusqu'au développement de lésions fœtales, il y a une évolution continue qui rend impossible de définir avec précision un délai de sécurité pour la mère et l'enfant entre le premier signe d'alarme et l'extraction fœtale. Pour les grossesses à faible profil de risque, le délai entre l'alerte au médecin obstétricien et la naissance de l'enfant ne devrait pas dépasser 30 minutes en cas de menace fœtale aiguë.
Lorsqu'il s'agit d'une grossesse à risque ou d'un accouchement présentant des signes d'alerte, l'intervalle de temps alerte-naissance doit être significativement plus court. De ce fait, les grossesses à haut risque (Tableau 5) doivent être prises en charge exclusivement dans des cliniques disposant d'un personnel qualifié et d'infrastructures adéquates.
Des protocoles d'urgence doivent être définis dans chaque clinique et faire l'objet d'un entraînement régulier.

3.2 Néonatalogie

Les prescriptions 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}. 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.

Tableau 3 : Indications pour un transfert prénatal¹

Facteurs infantiles	Indications absolues	Indications relatives
	Menace d'accouchement prématuré avant 32 0/7 SA	Infection intra-utérine
	Troubles sévères de l'adaptation à prévoir, nécessitant des soins intensifs	Maladie hémolytique du fœtus
	Malformations congénitales diagnostiquées avant la naissance, nécessitant une prise en charge spécialisée	Arythmies cardiaques fœtales
		Restriction de croissance intra-utérine (poids fœtal < 3 ^e percentile)
		Fœtus présentant des malformations létales, lorsque la mise en place de soins intensifs n'est pas jugée pertinente
Facteurs maternels	-	Maladie chronique ou instable de la mère (hypertension, prééclampsie, syndrome de HELLP, diabète sucré, antécédent de greffe, maladies auto-immunes, etc.)
	-	Toxicomanie
Facteurs structurels	En l'absence d'unité de néonatalogie: <35 0/7 SA ou <2000 g	-

Les services d'obstétrique rattachés à une unité de néonatalogie sont interconnectés au moyen de «Neonet» et sont informés des places disponibles dans les unités de soins intensifs en Suisse⁶. Ils sont responsables d'organiser et de faciliter conjointement la prise en charge périnatale en Suisse de manière à garantir les soins pré- et néonataux ainsi que le transfert dans un centre de médecine périnatale.

3.2.1 Consultation prénatale

En cas de risques maternels ou fœtaux, ou si un traitement de l'enfant dans une unité de soins intensifs semble probable, il convient de faire appel suffisamment tôt au néonatalogue/pédiatre pour une évaluation prénatale (Tableau 4).

Tableau 4: Indications potentielles pour une consultation prénatale par le néonatalogue/pédiatre

Facteurs infantiles	Prématurité <34 SA et / ou poids fœtal estimé <2000 g
	Grossesse multiple de haut rang
	Malformations fœtales pertinentes et anomalies génétiques
	Suspicion de thrombopénie fœtale
	Maladies infectieuses fœto-maternelles (par ex. VIH, VHC, VHB, CMV)

Facteurs maternels	Contexte psychosocial exigeant une planification particulière de la phase postnatale de l'enfant (p. ex. toxicomanie et abus de médicaments, violence domestique, pauvreté, affections psychiatriques)
	Sur demande des parents ou de l'équipe obstétricale

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

	Gestion des risques prénatals (risque prévisible)		Gestion des risques péri- et postnatals (risque non prévisible)	
	Risque élevé	Risque modéré	Risque élevé	Risque modéré
	Accouchement dans une clinique disposant d'une qualité structurelle élevée (Level IIA ⁶ ou plus)	Néonatalogue/ pédiatre informé et disponible ⁱⁱ	Information et év. intervention du néonatalogue/ pédiatre	Év. information et intervention du néonatalogue/ pédiatre
Facteurs infantiles	<ul style="list-style-type: none"> • Prématurité (<34 0/7 SA) • Malformation fœtale nécessitant des soins immédiats • Restriction de croissance <3^e P. • Grossesse multiple de haut rang • Iso-immunisation rhésus et plaquettaire • Maladies infectieuses fœto-maternelles selon évaluation pédiatrique • Troubles sévères de l'adaptation à prévoir, nécessitant des soins intensifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Accouchement par le siège par voie basse • Accouchement de jumeaux par voie basse • SGA (<10^e P. avec Doppler pathologique) • Placenta prævia avec césarienne < 37 0/7 SA • Risque d'infection du fœtus (chorioamniotite, fièvre chez la mère) • Malformation fœtale ne nécessitant pas de soins immédiats • Arythmies fœtales • Atcd. de mort subite du nourrisson 	<ul style="list-style-type: none"> • Procidence du cordon • Troubles de l'adaptation persistants (APGAR à 5 min. < 6, pH <7.10, SDRA persistant¹, besoin d'oxygène et/ou cyanose, fréquence cardiaque inadéquate, hypo-/hyperthermie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Césarienne d'urgence • Ventouse/forceps • Menace d'asphyxie fœtale (liquide amniotique méconial, CTG pathologique) • Malformation inattendue • Risque d'infection fœtale (chorioamniotite, fièvre chez la mère)

Facteurs maternels	<ul style="list-style-type: none"> • Toxicomanie • Diabète insulino-dépendant non stabilisé (p. ex. macrosomie fœtale, prématurité <35 0/7 SA, vasculopathie maternelle additionnelle) 	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement médicamenteux de la mère susceptible de compromettre l'adaptation du nouveau-né • Antécédents familiaux suggérant de recourir à une consultation pré- et postnatale par un néonatalogue/ pédiatre • Diabète sucré de type I insulino-dépendant, stabilisé 	<ul style="list-style-type: none"> • Prééclampsie sévère/ HELLP • Hémorragie prénatale, intra-partum grave 	
--------------------	---	--	--	--

ⁱⁱL'indication pour l'information et l'intervention du néonatalogue/ pédiatre doit être posée au préalable et peut être évaluée à l'aide de la liste susmentionnée.

3.2.2 Transfert de la prise en charge obstétricale par une sage-femme à un médecin, avant ou au début de l'accouchement

Les exemples ci-après ne sont pas exhaustifs et servent d'orientation⁷. Le groupe cible est constitué par des femmes enceintes en bonne santé, des enfants supposés naître en bonne santé entre 37+0 et 41+6 SA, grossesses uniques, présentation céphalique de l'enfant et qui sont prises en charge sous la responsabilité exclusive des sages-femmes.

Exemples de la Directive S3⁷ (liste non exhaustive):

- PRM > 24 heures sans contractions
- Anomalies lors de la première évaluation du fœtus:
 - Anamnèse d'une diminution des mouvements fœtaux au cours des dernières 24 heures
 - Ralentissement de la fréquence cardiaque fœtale
 - Fréquence cardiaque fœtale < 110 bpm ou > 160 bpm
 - Suspicion de SGA, RCIU ou macrosomie fœtale
 - Présentation par le siège, transversale, oblique
 - Procidence du cordon
 - Tête haute ou mobile chez une primipare
 - Suspicion d'anhydramnios, oligohydramnios, polyhydramnios

3.2.3 Transfert intra-partum de l'accouchement assisté par une sage-femme à un médecin

La sage-femme responsable de l'accouchement doit reconnaître tout écart ou anomalie du déroulement associé à un pronostic défavorable et prendre les mesures appropriées pour transférer la prise en charge de l'accouchement aux médecins, dans le but d'assurer la meilleure santé possible pour l'enfant (p. ex. suspicion d'infection intra-amniotique, accouchement prolongé avec critères additionnels défavorables, saignements irréguliers ou pathologiques de la mère).

Exemples tirés de la Directive S3⁷ (liste non exhaustive):

- En cas de tendance à une augmentation de la fréquence cardiaque de base du fœtus ou de suspicion de ralentissements, les actions suivantes doivent notamment être réalisées
 - Auscultation plus fréquente, p. ex. pendant trois contractions consécutives,

- Tenir compte de la situation clinique globale, p. ex. position de la parturiente, hydratation, qualité des contractions et paramètres vitaux de la mère
- Si l'augmentation de la fréquence cardiaque de base ou les ralentissements se confirment, il faut
 - Établir une surveillance CTG en continu
 - Transférer la responsabilité de l'accouchement de la sage-femme au médecin
 - Solliciter de l'aide

3.3 Anesthésiologie

Du point de vue de l'anesthésiologie, les aspects ci-après sont à considérer en vue de la naissance :

1. En présence de risques maternels ou fœtaux qui pourraient requérir des mesures d'anesthésiologie ou compliquer celles-ci, la femme enceinte doit être évaluée par l'anesthésiste suffisamment tôt avant la naissance (Tableau 6).
2. Si une femme enceinte présente l'un des risques énumérés ci-dessous lors de son admission pour l'accouchement, il convient d'informer l'anesthésiste et de solliciter son aide.

Tableau 6 : Check-list pour la consultation prénatale avec l'anesthésiste

<p>Anesthésie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problèmes lors d'anesthésies antérieures • Hyperthermie maligne • Déficit en pseudocholinestérases • Allergies multiples (médicaments, latex) 	<p>Maladies systémiques de la mère (avec symptômes significatifs et traitements)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affection pulmonaire • Affection cardiovasculaire • Malformations vasculaires • Coagulopathie (incluant une thérapie par de l'héparine de bas poids moléculaire) • Maladie neuromusculaire • Maladie psychiatrique • Refus de dérivés sanguins (p. ex. Témoins de Jehovas)
<p>Anatomie de la mère</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pathologie de la colonne vertébrale et du bassin • Maladies du système nerveux central • Anomalie cranio-faciale • Obésité de grade \geqIII (IMC > 40) 	<p>Risques liés à la grossesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anomalies d'implantation du placenta (prævia, accreta, increta, percreta) • Prééclampsie • Grossesse multiple • Malformations fœtales

4. Conclusions

Le groupe de travail recommande d'analyser les décisions critiques de transfert, prises ou non abouties, dans le cadre de cercles de qualité interdisciplinaires, afin de vérifier le respect constant des conditions cadres et d'améliorer en permanence le déroulement des processus.

Une mise à jour de cette recommandation est prévue tous les trois ans. Responsables sont les sociétés des disciplines impliquées sous la direction de gynécologie suisse.

Bibliographie

1. Le soutien à l'adaptation et réanimation du nouveau-né. Recommandations révisées de la Société suisse de néonatalogie. Paediatrica (2017) Vol. 28 Nr. 5
2. Guideline Sectio Caesarea de gynécologie suisse; Hösli I, El-Alama- Stucki S, Drack G, et al. 2015 <https://www.sggg.ch/fachthemen/guidelines/>
3. The American Association of Birth Centers; the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses; American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Kilpatrick SG, Menard MK, Callaghan WM. Levels of maternal care. Am J Obstet Gynecol 2019; 221(6) B19-B30.
4. Guideline AWMF Numéro de registre 087-001 Classe de guideline: S2k Recommandations pour les prérequis en matière d'infrastructure pour les soins périnataux en Allemagne
5. www.neonet.ch
6. Swiss Society of Neonatology. Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland. Revised version 14.03.2019. <http://www.neonet.ch/en/about-us/neonatology-units-switzerland/>
7. S3 Guideline accouchement par voie vaginale à terme, AWMF Numéro de registre 015-083 (non homologué par la SSGO et l'AFMF ; la IGGH reconnaît les exemples de la guideline S3 comme base scientifique et comme orientation appropriée pour les actes professionnels, mais souligne l'importance d'une analyse individuelle et globale dans une maison de naissance ou pour un accouchement à domicile.)

Adresses de correspondance

gynécologie suisse SSGO

Altenbergstrasse 29
Postfach 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

Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine (SSAPM)

Rabbentalstrasse 83

3013 Berne

Tél: 031 332 34 33

Fax: 031 332 98 79

<https://ssapm.ch/>

info@ssapm.ch

Fédération suisse des sages-femmes (FSSF)

Secrétariat

Froburgstrasse 17

4600 Olten

Tél: 031 332 6340

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

Académie de médecine foëto-maternelle (AFMF)

Altenbergstrasse 29

Postfach 686

3000 Berne 8

Tél.: 031 313 88 55

Fax: 031 313 88 99

https://www.sggg.ch/ueber_uns/verband/arbeitsgemeinschaften/afmm/

Begona.MartinezDeTejada@hcuge.ch

Association suisse des maisons de naissance (IGGH-CH ®)

c/o Geburtshaus Delphys

8003 Zurich

info@geburtshaus.ch